

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1938-1939. — N° 71

LES RÉSULTATS
DE
L'ÉPREUVE DU TRAVAIL
DANS LES BASSINS LIMITES
A BORDEAUX DE 1926 A 1937

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 20 janvier 1939

PAR

Ismaël-Arthur-Antoine COUTOU

Ancien externe des Hôpitaux et de la Maternité
Lauréat des Hôpitaux

Né à CAUSE-DE-CLÉRANS (Dordogne), le 14 janvier 1912

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur	Président.
		PERY, professeur	Juges
		FAUGERE, agrégé	
		RIVIERE, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly

1939

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1938-1939. — N° 71

LES RÉSULTATS
DE
L'ÉPREUVE DU TRAVAIL
DANS LES BASSINS LIMITES
A BORDEAUX DE 1926 A 1937

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 20 janvier 1939

PAR

Ismaël-Arthur-Antoine COUTOU

Ancien externe des Hôpitaux et de la Maternité

Lauréat des Hôpitaux

Né à CAUSE-DE-CLÉRANS (Dordogne), le 14 janvier 1912

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur	Président.
		PÉRY, professeur	Juges
		FAUGÈRE, agrégé	
		RIVIÈRE, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT,
CHAVANNAZ, PACHON, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	MACHEBOEUF.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	DA MADE.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	VITTE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.		

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRIENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale	LOUBAT.
id.	N.	id.	MASSÉ.
Physiologie	N.	id.	DARGET.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	id.	N.
id.	DELMAS-MARSALET.	Obstétrique	RIVIÈRE.
id.	DE GRAILLY.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	FONTAN.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	BROUSTET.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DERVILLEE.	Physique médicale	N.
id.	N.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	N.
Chirurgie générale	CHARRIER.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	JEANNENEY.	Ophtalmologie	CABANNES (en congé).
Accouchements	RIVIÈRE.	Physique médicale et pharmaceut. que	AURIAC.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Anatomie	J. BEAUVIEUX.
Puériculture	FAUGÈRE.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.	Botanique	GIRARD.
Médecine légale	DERVILLEE.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Urologie	DARGET.	Bactériologie	MOUREAU
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Physiologie	PETITEAU.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.

N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation

A MES PARENTS

Témoignage de ma vive affection et de
ma profonde reconnaissance.

A MES AMIS

A MES MAITRES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

STAGE :

1932-1933. MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHARRIER.
MONSIEUR LE DOCTEUR DENIS.

1933-1934. MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHARRIER.
MONSIEUR LE PROFESSEUR CREYX.

EXTERNAT :

1934-1935. MONSIEUR LE DOCTEUR MAGENDIE.
MONSIEUR LE DOCTEUR G. DUBOURG.
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PIÉCHAUD.

1935-1936. MONSIEUR LE PROFESSEUR SABRAZES
MONSIEUR LE PROFESSEUR CRUCHET

1936-1937. MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDÉRODIAS

A MONSIEUR LE DOCTEUR BALARD.

Accoucheur des Hôpitaux.

En remerciement des observations qu'il
a bien voulu mettre à notre disposition.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GABRIEL PÉRY

Accoucheur des Hôpitaux.

Qui a bien voulu nous inspirer le sujet
de cette thèse; qu'il nous soit permis de
lui exprimer toute notre reconnaissance
pour l'enseignement qu'il nous a donné
et les conseils qu'il nous a prodigués.

A MES JUGES

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDÉRODIAS

*Professeur de Clinique d'accouchements à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Accoucheur des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

MON CHER MAÎTRE,

Externe pendant un an dans votre service, vous nous avez toujours accueilli avec bienveillance et amabilité; nous avons pu bénéficier de votre enseignement si précis et si utile.

Aujourd'hui, vous acceptez la présidence de cette thèse. C'est un honneur dont nous sentons tout le prix.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer toute notre reconnaissance et notre profonde gratitude.

AVANT-PROPOS

Sur le point de quitter notre vie d'étudiant, le moment nous paraît venu de remercier, non sans une profonde émotion, tous ceux qui, par leur affection, leur amitié, leur sympathie, leur enseignement, ont facilité nos études.

Notre première pensée va d'abord vers nos parents, dont la vie pleine de labeur, de dévouement et de bonté nous a permis de devenir ce que nous sommes.

Notre pensée se porte également vers tous ceux de nos amis qui, dans les moments difficiles, nous ont apporté un réconfort et une aide désintéressée.

Nos maîtres du collège de Bergerac nous ont donné l'instruction qui nous a conduit au baccalauréat. Ils ont droit à toute notre reconnaissance.

Nos remerciements vont aussi vers nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux. Leurs belles leçons cliniques, leur dextérité manuelle, leur expérience, leur esprit si vivant et leur dévouement inlassable nous ont fait aimer la médecine et ont rendu nos études intéressantes et agréables. L'admiration, le respect et la reconnaissance que j'ai pour eux sont immenses, et ce n'est pas sans une certaine mélancolie et sans grand regret que nous les quittons aujourd'hui.

LES RÉSULTATS
DE
L'ÉPREUVE DU TRAVAIL
DANS LES BASSINS LIMITES
A BORDEAUX DE 1926 A 1929

INTRODUCTION

De tout temps, la conduite à tenir dans les bassins rétrécis a préoccupé les accoucheurs. Tour à tour, différentes méthodes ont été préconisées et n'ont connu qu'un succès éphémère, car aucune d'elles ne représentait la solution idéale. L'idéal était de laisser le travail suivre son cours et de n'intervenir par voie haute que quand on serait sûr que l'accouchement par les voies naturelles était impossible. Pour adopter une telle méthode d'expectative, il fallait avoir à sa disposition une opération qui permette d'extraire rapidement un enfant vivant. Cette opération existe depuis une quinzaine d'années : c'est la césarienne basse; grâce à elle l'épreuve du travail est possible et l'on a vu alors le nombre des interventions prophylactiques diminuer considérablement. De nombreux résultats ont été publiés et montrent

la nécessité d'avoir recours à l'épreuve du travail. Sur les conseils du Docteur Gabriel Péry, accoucheur des hôpitaux, nous avons eu l'idée de rechercher les résultats obtenus avec l'épreuve du travail à Bordeaux depuis 1926.

Nous remercions sincèrement le Docteur G. Péry, qui nous a prodigué ses conseils et nous a guidé utilement dans la rédaction de ce travail.

PLAN DU MEMOIRE

Dans un premier chapitre, nous commencerons par un historique de la question et nous montrerons les différentes étapes suivies par l'épreuve du travail, qui n'a pu recevoir son plein épanouissement que depuis la pratique courante de la césarienne basse.

Dans un deuxième chapitre, nous étudierons l'épreuve du travail, ses différentes conceptions, sa conduite clinique, sa durée.

Dans un troisième chapitre, nous réunirons quelques-unes des observations les plus démonstratives et nous présenterons les autres sous forme de tableaux synoptiques.

Enfin, dans un quatrième chapitre, nous essaierons une brève étude critique et comparative des résultats obtenus et nous tâcherons de tirer les conclusions utiles.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'histoire de l'épreuve du travail est intimement liée à celle de la césarienne basse; ce n'est que depuis la connaissance et la pratique courante de la césarienne basse que l'épreuve du travail peut être poussée sans inconvénient jusqu'à ses dernières limites.

L'histoire de l'épreuve du travail comprend deux phases distinctes :

- avant les méthodes chirurgicales;
- après les méthodes chirurgicales.

I. — *Avant les méthodes chirurgicales.*

Autrefois, en présence des dystocies osseuses, les anciens laissaient à la femme la possibilité d'accoucher seule; on pratiquait l'épreuve du travail sans le savoir; lorsque la tête ne s'engageait pas, on terminait alors l'accouchement par des interventions par voie basse qui étaient très meurtrières pour le fœtus et dangereuses pour la mère; la version par manœuvres internes et le forceps au détroit supérieur se disputaient les faveurs de chacun. Cependant, dès le xvr^e siècle, parut un mémoire sur la césarienne, et, en 1593, Séverin Pineau publia un travail sur la disjonction des os du bassin pendant l'accouchement. Mais, au xviii^e siècle et dans la première moitié du xix^e, une série de travaux vont se faire jour et permettre à l'obstétrique de s'enrichir de méthodes et d'instruments nouveaux dont quelques-uns sont encore en

usage aujourd'hui. Parmi les auteurs de ces travaux, il faut citer : Chamberlen, inventeur d'une pince pour extraire le fœtus; Sigault, qui, en 1773, proposa la symphyséotomie pour terminer l'accouchement dans les bassins rétrécis; Baudelocque, qui s'attacha à la description de l'accouchement normal et à la pelvimétrie externe; Dubois, qui étudia la pelvimétrie digitale; Nœgelé, qui s'occupa surtout des bassins rétrécis dans les diamètres obliques; Michaëlis, Neugebauer, Léopold, qui étudièrent le mécanisme de l'accouchement dans les bassins rétrécis.

Malgré tous ces travaux, le pronostic de l'accouchement dans les bassins rétrécis était encore bien sombre; la mortalité infantile était considérable; la version par manœuvres internes donnait 20 à 40 p. 100 de mortalité fœtale. Quand au forceps au détroit supérieur, le plus souvent c'était une véritable basiotripsie déguisée (Pinard), et la mortalité fœtale immédiate était de 20 p. 100 environ; mais il fallait ajouter encore la mortalité des premiers jours (40 p. 100) et les lésions tardives par traumatismes cérébro-méningés. D'ailleurs, souvent l'on était obligé, pour extraire l'enfant, de pratiquer une basiotripsie ou une embryotomie.

Reculant devant des interventions aussi meurtrières, les accoucheurs cherchèrent alors une autre méthode. Puisque l'enfant à terme était trop gros pour passer à travers le bassin rétréci, il était logique de le faire naître à un moment où encore les dimensions de sa tête pouvaient franchir sans danger pour lui la filière pelvienne; c'est ce qu'on appela l'accouchement prématuré provoqué, qui connut un moment le succès. Baudelocque, cependant, ne l'admettait pas; la mortalité fœtale était élevée (15 p. 100); il était en effet très difficile de choisir le moment opportun pour provoquer l'accouchement : trop tôt, l'enfant était débile et ne s'élevait pas; trop tard, on avait souvent un accouchement dystocique et l'on retombait dans les mêmes ennuis que précédemment.

A cette époque, l'épreuve du travail n'existait donc pas ou elle était pratiquée à l'aveugle, et l'enfant était le plus

souvent la victime. Il n'était pas question d'interventions chirurgicales, tellement les résultats étaient mauvais; cependant, deux opérations étaient alors employées; mais avec peu d'enthousiasme : la césarienne haute, dont les résultats étaient désastreux, et la pelvitomie, qui laissait, si elle réussissait, les femmes estropiées pour le reste de leur vie.

II. — *Epreuve du travail après les méthodes chirurgicales.*

Après 1870, Pasteur a découvert les microbes, l'antisepsie commence et les opérations (césarienne et symphyséotomie), jusqu'alors tombées dans l'oubli, vont connaître un véritable renouveau aux dépens de l'accouchement prématuré provoqué. A ces deux opérations restent attachés les noms de Bar et de Pinard.

Nous avons vu que le gros danger des interventions par voie basse dans les bassins rétrécis était la grosse mortalité infantile; ceci explique le succès obtenu par l'opération césarienne réhabilitée. Cette opération avait déjà été pratiquée au xvr^e siècle par un châtreur de porcs. Mais le premier mémoire sur la question date de 1581; il est dû à François Rousset et avait pour titre : *Enfantement césarien ou hystérotomotokie : extraction de l'enfant par incision latérale du ventre et matrice de la femme grosse ne pouvant autrement accoucher, et ce sans préjudicier à la vie de l'un, ni de l'autre, ni empêcher la fécondité maternelle par après*. Cette opération tomba complètement dans l'oubli et ne fut pratiquée jusqu'en 1882 qu'une seule fois, par Laverjat, vers la fin du xviii^e siècle.

En 1882, Saenger réussit la césarienne; Bar le voit opérer à Leipzig et refait à Paris en 1885 la première opération césarienne réussie depuis dix ans.

Mais si la césarienne connaît le succès, la symphyséotomie renaît grâce à Spinelli et à Pinard, qui l'adopte.

La mortalité infantile va dès lors diminuer. Le 7 décembre 1891, Pinard condamne l'accouchement prématuré pro-

voqué, « véritable avortement déguisé », loterie dans laquelle le gagnant est tout au plus un prématuré ». C'est à ce moment qu'il lance sa fameuse phrase et qu'il la fait inscrire dans son amphithéâtre de Baudelocque : « La basiotripsie sur enfant vivant a vécu. »

Dès lors la césarienne basse et la symphyséotomie vont se disputer la place; l'épreuve du travail apparaîtra sous un nouveau jour. Bar préfère la césarienne, mais pratiquée au début du travail, tandis que Pinard et Varnier laissent les choses aller, et, après épreuve du travail sans résultat, terminent par une symphyséotomie, opération de nécessité. On voit le but poursuivi par Pinard : laisser à la mère toutes les chances d'accoucher seule sans préjudice pour l'enfant.

Mais les indications de la symphyséotomie étaient difficiles à fixer et les résultats n'étaient pas très brillants, aussi la césarienne de Bar gagna rapidement du terrain. La mortalité maternelle et fœtale était très faible, à condition d'opérer tôt; ce sont des cas purs au début du travail et même souvent à date fixée à l'avance; de cette façon l'épreuve du travail se trouvait supprimée et il est certain que l'on faisait un grand nombre d'opérations inutiles chez des femmes qui auraient peut-être accouché seules. « Quand j'étais l'assistant de Bar, dit Brindeau, on décidait d'opérer une femme à date fixe; la veille du jour où devait avoir lieu l'opération, la femme entrait en travail et accouchait parfois seule. » L'accoucheur ne pouvait donc sans risques trop grands faire l'épreuve du travail; si celle-ci se montrait négative, il en était réduit à la symphyséotomie, opération de nécessité, mais donnant de mauvais résultats, ou au forceps au D. S., dont on connaît les graves inconvénients.

Cependant, certains accoucheurs se risquent quand même à pratiquer la césarienne chez une femme en travail depuis plusieurs heures; en 1904, Ribemont-Dessaignes opère, à l'Hôpital Baujon, une femme en travail depuis vingt-quatre heures, membranes rompues depuis dix heures et qui guérit avec seulement une phlébite; Boquel, peu après, rapporte

5 cas analogues; en 1907, Lepage, dans le *Bulletin médical*, rapporte, 4 cas de césariennes conservatrices pratiquées de deux à huit heures après la rupture des membranes et trente-six à quarante-huit heures après le début du travail. Lemoussu, en 1908, publia 38 cas d'opérations tardives; Le Lorier, en 1911, écrit dans un mémoire : « L'opération césarienne peut être pratiquée avec succès après rupture des membranes, alors que des manœuvres manuelles ont été exécutées dans la cavité utérine et que le liquide amniotique est septique », et il ajoute cependant un correctif : « l'opération restera contre-indiquée s'il y a infection nette avec grosse température, frissons et fétidité du liquide ».

Il est certain que de telles interventions pratiquées tardivement n'étaient pas sans danger; aussi l'opération césarienne, défendue par Bar, persiste; en 1909, Bar pose comme principe « de n'opérer que sur un œuf intact, membranes intactes ». « Non seulement je m'abstiens dans les cas où la femme vient d'entrer en travail, qu'elle présente ou non des signes d'infection, même légère, de la température, de la vaginite, mais je me suis donné comme règle d'éviter, quand je le peux, d'intervenir chez la femme en travail et de ne le faire qu'immédiatement après le début de celui-ci, quand les membranes sont encore intactes. »

Couvellaire et Doléris insistent, en 1909, sur « les dangers de l'opération quand l'infection même latente est dans la place ».

La possibilité d'épreuve du travail un moment entrevue grâce à la symphyséotomie disparaît à nouveau.

Cependant, Pinard persévère dans l'idée de la nécessité d'une épreuve du travail, et, dans une leçon faite à la Clinique Baudelocque, le 16 mars 1912, il dit :

« ... C'est le bassin à limites étroites, le bassin limite, d'après l'expression peu académique mais employée à l'heure actuelle, que vous rencontrerez dans votre pratique; vous voyez combien, avec des bassins se ressemblant pour ainsi dire, ayant parfois les mêmes dimensions, les terminaisons

de l'accouchement sont différentes; les principes dirigeant la conduite de l'accoucheur étant toujours les mêmes. Combien sont rares les bassins permettant de dire à coup sûr pendant la gestation qu'une opération césarienne s'imposera dès le début du travail; presque toujours la conduite à tenir dans ces bassins est sous la dépendance de facteurs multiples, qui entrent en jeu pendant les différentes étapes du travail, et qui nous sont à l'avance complètement inconnus; seule, absolument seule, l'observation clinique incessante et sagace doit servir de guide », et il donnait une observation clinique de femme ayant accouché seule après épreuve du travail.

Il est certain qu'on opérant tôt, on risquait d'opérer inutilement; Bar, d'ailleurs, le reconnaissait, et il disait : « si l'on opère avant le début du travail, est-ce bien certain que la femme n'aurait pas accouché seule ? ».

Les idées n'étaient pas encore bien fixées, l'obstétrique cherchait sa voie; Couvelaire, résumant l'évolution des idées en obstétrique depuis quarante ou cinquante ans, écrit : « On remarque une oscillation pendulaire entre deux tendances; l'une est de faire des opérations de nécessité : forceps, version, symphyséotomie; l'autre, des opérations préventives : césarienne prophylactique, accouchement prématuré provoqué. »

Le gros danger de la césarienne corporéale pratiquée tardivement sur des cas impurs était la péritonite; il fallait donc trouver une opération nouvelle qui permette, après ouverture du muscle utérin, une couverture péritonéale de bonne qualité, évitant l'infection de la séreuse; il s'agissait, en d'autres termes, de faire soit une opération sous-péritonéale, sans aborder la cavité elle-même; soit transpéritonéale, mais dans une zone permettant de réaliser une bonne péritonisation.

L'idée d'une telle opération remonte assez loin. Joerg (1806), et Ritgen (1814) décrivent un procédé opératoire qui consistait à faire une incision parallèle à l'arcade de Fallope, et, après refoulement du péritoine, à ouvrir le col et le

vagin; mais ces opérations furent rapidement abandonnées.

En 1908, Franck, de Cologne, rapporte au Congrès de Lisbonne 7 observations de césariennes basses qui passèrent inaperçues; Franck faisait une incision transversale supra-symphysaire, décollait le péritoine et n'ouvrait l'utérus qu'après réunion du péritoine viscéral au péritoine pariétal. Jeannin préconisait également en 1909 l'hystérotomie basse dans les cas impurs.

D'autres auteurs, Physick, Doderleim, Latzko, Sellheim, firent des opérations césariennes transpéritonéales ou sous-péritonéales, mais ces opérations étaient très difficiles et ne donnaient pas de beaux résultats; aussi la césarienne basse ne s'imposait pas encore, et Pestalozza, en 1909, rapporteur de la question : *l'Accouchement dans les bassins rétrécis*, écrit au sujet de l'opération césarienne supra-symphysaire : « Si cette opération pouvait nous donner une voie d'issue dans les cas septiques où l'opération césarienne ainsi que la pubiotomie sont contre-indiquées, nous devrions, malgré ses difficultés, la reconnaître pour une conquête heureuse, qui suffirait à compléter les moyens dont nous disposons dans le traitement des bassins rétrécis; malheureusement, elle est très dangereuse dans les cas infectés; une opération qui vaille pour tous les cas d'infection manifeste nous fait défaut. » Devant si peu d'enthousiasme, la césarienne haute conserva ses droits, et l'on chercha à la perfectionner pour éviter les risques d'infection. On essaye de lutter contre la péritonite primitive par la protection à outrance de l'utérus extériorisé; on essaye d'éliminer la péritonite secondaire par la mise en place d'un drain, d'un Mikulicz, par un surjet séro-séreux qui se déchire, par une épiplooplastie qui ne tient pas ou risque de provoquer de l'occlusion. Pourquoi la section césarienne haute est-elle dangereuse dans les cas impurs? On le comprend aisément : d'abord, la péritonisation ne peut se faire, car le péritoine, trop adhérent au corps utérin, se déchire facilement et n'est pas décollable; d'autre part, la suture porte sur le muscle utérin, et les fils, sous l'effet des

contractions utérines du *post partum*, vont scier en partie ce muscle; une communication entre la cavité utérine souvent septique et la grande cavité péritonéale se trouve établie, point de départ de la péritonite. L'épreuve du travail n'est donc pas possible avec la césarienne haute, puisqu'il faut opérer sur des cas purs, et Couvelaire, au Congrès de Paris de 1922, écrit : « Les opérations césariennes tardives restent des opérations risquées, je préfère terminer par l'hystérectomie si la césarienne est indispensable. »

Cependant, Brouha, en 1920, avait essayé d'apporter un moyen terme, et il faisait des opérations césariennes tardives : « Il est permis de soutenir les indications de la césarienne conservatrice, même après travail prolongé, membranes rompues depuis plusieurs heures, pourvu que les conditions nécessaires d'asepsie aient été conservées, que la femme présente un bon état général sans accélération du pouls, ascension de température, et soit exempte de tout passé génital pathologique, mais le moindre soupçon d'infection ovulaire doit faire pratiquer une hystérectomie; pour les femmes à bassin limite, chez lesquelles il est impossible d'établir un pronostic pour l'accouchement; certaines accouchent spontanément après une longue période de travail laborieux, tandis que l'expulsion ou l'extraction du fœtus restent impossibles chez les autres. Le rejet de parti pris de la césarienne tardive chez ces femmes aurait conduit l'accoucheur à pratiquer inutilement chez les premières une césarienne prophylactique, chez les secondes à faire suivre la césarienne d'une hystérectomie ou à exécuter une basiotripsie. »

Malgré tout, la césarienne tardive n'a pas conquis droit de cité; elle ne répond pas au désir des accoucheurs; il faut chercher une autre opération. « Ce n'est pas, écrit Couvelaire, vers une amélioration de la technique, mais vers une autre intervention qu'il faut s'orienter. »

Cette nouvelle opération, c'est la césarienne basse; elle était pratiquée depuis longtemps par les Américains et les Allemands, mais sa diffusion en France a été l'œuvre conju-

guée des efforts menés tant par l'école de Strasbourg (Schickelé), de Bordeaux (Prof. Andérodias), que de Paris. Mais il faut donner une place tout particulièrement importante dans la diffusion du procédé aux ardents plaidoyers du Professeur Schickelé, dont l'exemple et les succès aidèrent à convaincre l'ensemble de l'école française. Les Professeurs Brindeau et Couvelaire ne tardèrent pas à préconiser la césarienne basse et en assurer la diffusion.

Dès lors, on assiste à la disparition rapide des césariennes hautes, et l'épreuve du travail, longtemps impraticable, reprend tous ses droits.

Comment se fait-il qu'une telle opération puisse permettre d'opérer tardivement et mette à l'abri des dangers de la péritonite ? La section césarienne basse porte sur le segment inférieur, partie recouverte de péritoine largement décollable, se prêtant à une bonne péritonisation, de sorte que, après l'intervention, la grande cavité péritonéale se trouve bien protégée; la section césarienne basse porte sur une partie de l'utérus qui est passive, élastique, mais non contractile; la suture ne sera donc pas tiraillée; il n'y aura plus de communication entre la cavité utérine et le péritoine; les dangers de péritonite primitive ou secondaire sont donc écartés.

Mais la césarienne basse offre encore d'autres avantages; la solidité de la cicatrice utérine, grâce à la disparition presque totale du tissu cicatriciel, permet de tenter à nouveau l'épreuve du travail sans danger de rupture utérine; la cicatrice abdominale est également plus solide qu'avec la césarienne haute et expose moins aux éventrations. Les risques d'occlusion sont rares, les anses intestinales restant loin du champ opératoire.

Enfin, c'est un fait bien connu que le péritoine pelvien se défend mieux contre l'infection que le péritoine de la grande cavité; la césarienne basse portant sur le péritoine pelvien, on déduit les avantages d'une telle méthode. En raison de tous ces avantages, la césarienne basse a complètement rem-

placé la césarienne haute, même dans les opérations pratiquées à titre prophylactique.

Mais comme toute opération, si parfaite soit-elle, la césarienne basse comporte quelques inconvénients : on risque de blesser la vessie; en cas de tête volumineuse, l'incision risque de se prolonger vers le cul-de-sac vaginal; enfin, on peut laisser passer une petite tumeur pelvienne ou annexielle. Mais le principal reproche que l'on a fait à la césarienne basse, c'est qu'elle met l'opérateur, en cas d'hémorragie grave, dans des conditions plus défavorables pour assurer l'hémostase : l'utérus ne peut être attiré au dehors, on ne peut pas l'empoigner pour le masser facilement; le pincement des ligaments larges et des gros vaisseaux est plus difficile, mais, grâce à la rachianesthésie et à l'injection de post-hypophyse dans le muscle utérin lui-même les hémorragies graves, incoercibles, ont pratiquement disparu.

Nous n'insisterons pas sur le détail de la technique opératoire; elle est connue; nous rappellerons simplement qu'à Bordeaux la rachianesthésie est systématiquement employée, sauf contre-indication; on utilise également l'aspirateur électrique (Prof. Andérodias), qui permet à l'opérateur d'être moins gêné, la cavité abdominale moins souillée et le fœtus moins exposé aux complications pulmonaires dues à la pénétration de liquide et de mucosités dans les voies respiratoires.

Ainsi, grâce à la césarienne basse, l'épreuve du travail peut être poussée jusqu'à ses dernières limites; de cette façon, un grand nombre d'opérations sont évitées; l'épreuve du travail et la césarienne basse marquent donc un grand progrès dans la thérapeutique des bassins rétrécis.

CHAPITRE II

L'ÉPREUVE DU TRAVAIL

Le but de l'épreuve du travail est de supprimer un grand nombre d'interventions inutiles, mais il est évident qu'il y a des bassins pour lesquels une telle épreuve n'est pas légitimée. C'est le cas, par exemple, des bassins dont le rétrécissement est tel qu'un accouchement par les voies naturelles apparaît d'emblée impossible; ce sont les bassins dits « chirurgicaux », pour lesquels une opération césarienne basse s'imposera avant ou juste au début du travail. De même, ne sont pas justiciables de l'épreuve du travail les bassins qui, bien que rétrécis, apparaissent nettement suffisants pour le passage d'un fœtus plus petit que normalement.

Aussi, lorsqu'on parle d'épreuve du travail, l'on n'a en vue qu'une catégorie bien définie de bassins : le bassin limite.

I. — *Le bassin limite.*

Qu'est-ce qu'un bassin limite ? Tout d'abord, il ne saurait être question de bassin limite qu'en fin de grossesse, au moment où les dimensions de la tête fœtale sont à peu près définitives.

Le terme de bassin limite est dû à Pinard; c'est un bassin qui apparaît suffisant pour laisser passer le fœtus, mais avec des réserves; en entrevoit déjà deux types de bassins limites :

- 1° le bassin est un peu touché, et le fœtus paraît de constitution et de poids normaux;
- 2° le bassin paraît normal, mais le fœtus est plus gros que normalement.

Le terme de bassin limite est donc essentiellement fonction du rapport du fœtus à la filière pelvienne; ce sont les dimensions relatives du bassin par rapport au fœtus qu'il importe de connaître; il s'agit de savoir si le bassin de telle ou telle femme est capable de permettre le passage du fœtus. Mais pour fixer les idées, il importe de donner quelques chiffres. Le diamètre promonto-sous-pubien, facile à connaître, va nous servir à classer les bassins. D'emblée, nous ferons remarquer que, si le promonto-sous-pubien est une mesure commode, elle ne représente qu'un des éléments d'appréciation du rétrécissement pelvien; cependant, comme le dit Brouha : « le Psp. apparut de tout temps comme le plus important de ces facteurs, celui qui se prête le mieux au groupement des bassins rétrécis ».

Brouha considère comme bassin limite les bassins qui ont 8 à 9 cm. 5 de diamètre utile, soit 9,5 à 11 cm. de Psp. Metzger dit : « Promonto-pubien minimum de 8 à 9 cm., attendre l'épreuve du travail pour décider »; entre 8 et 9 cm. se trouve le point critique, dit Voron; au-delà de 9 cm., l'accouchement est spontané dans 80 p. 100 des cas; moins de 8 cm., l'accouchement spontané est l'exception.

Dubrizay, Jeannin, donnent 8 cm. et 9 cm. 5. et Demelin-Devraigne, 8 à 9 cm. Certains auteurs font des différences suivant le type de bassin; il est certain qu'à dimensions égales le bassin aplati est plus favorable à l'accouchement que le bassin aplati et généralement rétréci, et celui-ci plus favorable que le bassin généralement rétréci. Dans nos statistiques, les bassins pour lesquels a été faite l'épreuve du travail mesurent de 9 cm. 5 à 11 cm. de Psp.; soit 8 à 9 cm. 5 de diamètre utile. Bien entendu, l'épreuve du travail ne peut se concevoir qu'avec une présentation au sommet; comme l'ont indiqué M. Andérodias et G. Péry, Brindeau et Lantuéjoul, on ne peut faire d'épreuve du travail avec une présentation du siège dans un bassin limite. C'est la césarienne basse d'emblée qui devra être pratiquée. . .

EXAMEN ET PRONOSTIC DU BASSIN LIMITE.

Un tel examen n'a une réelle valeur que chez la femme à terme ou près du terme, au moment où la présentation est définitive, et où l'on peut apprécier au mieux les parties rigides et les parties molles.

L'interrogatoire renseignera sur l'âge, sur le moment des premiers pas, sur les accouchements antérieurs, leur durée, leur terminaison, le poids des enfants, les interventions pratiquées.

L'inspection aura en vue le squelette; on recherchera les signes de rachitisme, de même les déviations utérines, que l'on s'efforcera de corriger; par la palpation, on appréciera la présentation, sa mobilité au détroit supérieur; s'il y a ou non un certain degré d'hydramnios; on tâchera d'apprécier le volume du fœtus, son poids, les dimensions de sa tête; enfin, l'on pratiquera le palper mensurateur selon les manœuvres de Pinard ou de Muller, pour se rendre compte du débordement ou non de la tête fœtale par rapport à la symphyse pubienne. Nous verrons que ces deux manœuvres n'ont de valeur que si les membranes sont rompues.

Enfin, nous pratiquerons le toucher vaginal, qui nous fournira le plus de renseignements; d'abord l'on appréciera les formes et les dimensions du bassin osseux; on mesurera le Psp., on recherchera l'inclinaison de la symphyse; le promontoire, les faux promontoires, leur nombre, leur hauteur, de même les épines sciatiques et le degré d'asymétrie, la fermeture de l'arc antérieur, la profondeur des sinus sacro-iliaques; par le toucher, l'on se rendra compte encore de l'état des parties molles; de la formation du segment inférieur; de la hauteur de la présentation, du degré d'ossification de la tête, et l'on terminera par un examen général pour voir si rien ne s'oppose à l'épreuve du travail : fatigue maternelle, grosse albuminurie, tumeur pelvienne. De cet examen,

nous aurons déjà un certain nombre d'éléments qui pourront nous faire augurer de l'issue de l'accouchement.

Parmi les éléments favorables, citons : le bassin aplati, sacrum concave, tête peu ossifiée et plongeant bien, segment inférieur bien formé, parties molles souples et bien étoffées, enfant petit, multiparité, accouchements antérieurs favorables.

Parmi les éléments défavorables, on peut trouver : sacrum convexe, faux promontoires, segment inférieur mal formé, présentation élevée, asymétrie, primiparité, parties molles atrophiques.

Malgré tous ces renseignements, il est impossible de formuler un pronostic définitif, en fin de grossesse, pour deux raisons :

1° parce que l'examen aussi complet et aussi consciencieux soit-il est sujet à des erreurs : deux personnes ne trouveront pas des dimensions exactement semblables, et une même personne trouvera des différences à des examens successifs;

2° parce qu'il manque des éléments qui ne se révéleront qu'au cours du travail, et dont il est impossible de se rendre compte à l'avance; ce sont : a) la valeur des contractions utérines; b) la malléabilité de la tête fœtale; enfin, le palper mensurateur, qui ne prend sa véritable signification que lorsque les membranes sont rompues.

Tous les éléments de pronostic avant le travail sont des éléments fixes, statiques, mais les éléments dynamiques n'apparaissent qu'avec le travail, et nous réservent tantôt d'agréables surprises, mais parfois aussi d'amères déceptions. En fin de grossesse, il subsiste donc toujours une incertitude qui vient de ce que les éléments fixes n'ont pas été contrôlés par les données du travail, cette confrontation d'éléments connus avec des impondérables, c'est ce qui va constituer l'épreuve du travail.

II. — *Définition. Conceptions et généralités sur l'épreuve du travail.*

Au cours du travail dans les bassins rétrécis, il y a un véritable conflit entre des forces opposées; d'une part, la résistance osseuse, éléments statiques, et, d'autre part, la puissance des contractions utérines et la réductibilité de la tête fœtale, éléments dynamiques.

Suivant l'issue du conflit, on assistera à l'accouchement spontané ou bien il faudra intervenir; mais l'épreuve du travail n'est possible que depuis que l'on a à sa disposition une opération qui permet de laisser le travail suivre son cours, et de n'intervenir que quand on est sûr que l'accouchement par les voies naturelles est tout à fait impossible.

L'épreuve du travail est donc une expectative volontaire, raisonnée, armée; c'est une tentative imposée à la mère et à l'enfant d'un accouchement par les voies naturelles.

On parle beaucoup de l'épreuve du travail, et, quand on regarde de près, on voit que la conception de cette expression est tout à fait différente suivant les auteurs; si nous nous orientons dans les traités et dans les publications ayant trait à ce sujet, nous arrivons à une conclusion décevante, ou bien on ne fait pas mention du tout de ce qu'est l'épreuve du travail, on la passe sous silence et on ne donne aucune définition; ou bien on trouve des définitions très différentes, de sorte que l'orientation dans cette matière devient difficile.

Ceci tient à ce que l'épreuve du travail ne s'applique jamais à des cas identiques.

Nous allons donner quelques conceptions de l'épreuve du travail pour montrer les différences qui existent d'un auteur à l'autre.

WALLICH (4^e édition, 1921, p. 441) : « L'expectative demande à être judicieusement observée; elle peut être prolongée plus longtemps chez la primipare que chez la multipare dont l'utérus est plus aminci et moins résistant; il faut atten-

dre, voir l'effet des forces naturelles, laisser pour ainsi dire la tête mesurer le bassin, mais il ne faut pas dans cette attente laisser se produire la mort du fœtus ou la rupture de l'utérus; l'art, qui ne peut être enseigné par aucune théorie, consiste à éviter ces deux écueils. »

MAYGRIER et SCHWAAB (2^e édition, p. 803) : « Quand la dilatation est complète, attendre longtemps, tant que le fœtus ne souffre pas, la fixation par le modelage et l'engagement de la tête sous l'influence des efforts de la femme. L'expectative pendant le travail doit cesser quand une des conditions suivantes est réalisée : tête manifestement volumineuse, procidence du cordon, état général ou local grave chez la mère. »

DÉMELIN-DEVRAIGNE (édition 1922, p. 992) : « Nous ménagerons la poche des eaux jusqu'à dilatation complète; mais voici la parturiente à la dilatation complète, elle pousse déjà depuis quelque temps sans succès et la tête ne descend pas, nous avons le choix entre l'accouchement par voie basse et par voie haute. »

VORON (4^e édition de la *Pratique de l'art des accouchements*, 1927, p. 187) : « Il est difficile de donner à cet égard une formule fixe, car la décision dépend des circonstances en présence desquelles on se trouve et qui varient avec chaque cas particulier. Commandeur, dans la 3^e édition de ce traité (on ne parlait que de césarienne haute), donne les précisions suivantes : si la disproportion est peu marquée, on se bornera à l'expectation jusqu'à la dilatation complète; si la tête se fixe sans déborder le D. S., on rompra artificiellement les membranes et on attendra deux ou trois heures, en surveillant les progrès de la présentation; cette durée de deux ou trois heures après dilatation complète et membranes rompues semble en effet correspondre à ce qu'il est raisonnable d'attendre. »

METZGER (1934, p. 351, dans *L'accoucheur moderne*) : « L'épreuve du travail vous permettra assez vite d'avoir une opinion nette; la différence entre le bassin aplati et le bassin atrésique est presque toujours évidente. »

KELLER (Leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier) : « L'épreuve du travail doit se faire sans la rupture de la poche des eaux; si les douleurs sont régulières pendant un certain temps, on rompt la poche des eaux à 5 francs pour faciliter la configuration de la tête; la formation de la bosse séro-sanguine, l'allongement de la tête et le chevauchement des pariétaux... il n'y a pas de temps à fixer; cependant, vingt-quatre heures paraît être la limite raisonnable de l'épreuve du travail. »

BROUHA (*Bruxelles médical*, juin 1930) : « Rompre la poche des eaux à 4 ou 5 cm. pour faire descendre la tête, il n'est point de signes précis permettant de prévoir les accidents, de dire que l'épreuve du travail est terminée et d'intervenir à temps; les vertus obstétricales, l'expérience clinique, la perspicacité, la patience et l'endurance décideront du sort de l'épreuve du travail. »

ODAGESCO (*Revue française de gynécologie et obstétrique*, sept. 1926) : C'est à dilatation complète que l'on fera la rupture de la poche des eaux; si après la tête ne descend pas, césarienne; si rupture prématurée de la poche des eaux et non-progression de la tête et de la dilatation, il déconseille de prolonger l'épreuve.

FREY : Compte le nombre des contractions après la rupture spontanée de la poche des eaux; selon lui, l'épreuve du travail est à abandonner si l'enfant n'est pas né après 200 contractions depuis la rupture spontanée de la poche des eaux.

DEVRAIGNE (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, juin 1929) : « Une épreuve du travail, pour avoir toute sa valeur et pour bien démontrer la non-perméabilité d'un bassin, a besoin d'être suffisamment prolongée. Il faut que les contractions utérines efficaces puissent, après plusieurs heures de rupture des membranes, favoriser la parfaite adaptation de la tête au D. S.; l'épreuve du travail échoue si, après plusieurs heures, la tête occupe toujours la même situation au D. S. »

KREIS (*Revue française de gynécologie et obstétrique*, 1933) : « A condition de rompre la poche des eaux dans la première phase du travail à petite dilatation et avec col effacé et à condition de faire le traitement antispasmodique pour régulariser les contractions, on peut reconnaître, au bout de six, huit, dix heures, au maximum, si l'accouchement pourra se faire par voie haute ou par voie basse. »

LE LORIER (*La puériculture*, oct. 1938) : « L'épreuve du travail est une expectation armée, cette expectation commence avec le travail et se poursuit pendant un temps qui n'a rien de déterminé à l'avance, mais qui prend fin lorsque l'accouchement s'est réalisé, ou, dans le cas contraire, quand celui-ci apparaît comme décidément impossible. »

BALARD et MAHON (*Marseille médical*, 1928) : « Une épreuve du travail ne doit être tenue comme valable que si le col est complètement dilaté ou dilatable, et surtout si les membranes sont rompues, elle n'a pour solution que l'accouchement spontané ou la césarienne basse. »

Professeur ANDÉRODIAS (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1932, p. 807) : « Quand la dilatation est complète, on rompt les membranes, si ce n'est déjà fait, et on commande à la femme de pousser; ou bien la tête pénètre peu à peu dans l'excavation, auquel cas l'accouchement va se terminer naturellement, ou bien elle va rester au-dessus du D. S. sans aucune tendance à s'engager, avec quelquefois formation d'une bosse séro-sanguine qui donne l'illusion d'un engagement qui n'existe pas; lorsqu'au bout d'une demi-heure ou de trois quarts d'heure de poussées, la tête n'a fait aucun progrès pour s'engager, l'épreuve du travail est terminée. »

Ces quelques exemples, pris au hasard, nous montrent suffisamment la diversité des conceptions de l'épreuve du travail.

III. — *Conduite clinique de l'épreuve du travail.*

Nous ferons ici de larges emprunts aux publications de notre maître, le Professeur Andérodias.

Plusieurs cas vont se présenter :

- l'épreuve du travail a été prévue;
- la femme est examinée pour la première fois alors qu'elle est en travail depuis longtemps dans des conditions inconnues;
- la femme a subi antérieurement une césarienne.

Dans chacun de ces cas, nous envisagerons les diverses éventualités qui peuvent se produire, la thérapeutique appropriée et la conduite à tenir.

A. — L'épreuve du travail a été prévue.

Nous allons agir absolument comme si l'accouchement allait être normal, mais, lorsqu'on prévoit qu'il y aura peut-être une césarienne basse, il ne faut pas manquer de faire transporter la malade dans un hôpital, une clinique ou une maison de santé. Il importe en effet de se trouver dans un milieu chirurgical pour réaliser une asepsie aussi parfaite que possible et pour être à pied d'œuvre en cas d'intervention. Voici donc une femme chez laquelle l'examen a montré un bassin rétréci; le travail débute, des contractions peu fréquentes et peu intenses au début se rapprochent; des glaires sanguinolentes s'écoulent, le toucher fait avec des doigtiers stérilisés nous montre un col qui s'efface et commence à se dilater; les douleurs sont bonnes, efficaces, avec pause intercalaire normale, la dilatation progresse régulièrement, la poche des eaux bombe; les bruits du cœur du fœtus auscultés souvent sont normaux, la mère est en bon état. Bientôt la dilatation va être complète; à ce moment, on va rompre la poche des eaux, en s'assurant auparavant qu'une anse du cordon n'est pas à l'intérieur; on fera maintenir la tête pour qu'elle ne file pas dans une fosse iliaque et on laissera le liquide s'écouler lentement pour éviter encore qu'il entraîne une anse du cordon; nous allons maintenant faire pousser la malade. Sous l'influence de la poussée abdomino-utérine, la tête, qui était au D. S.,

se fléchit plus ou moins, se défléchit parfois, s'incline sur le pariétal postérieur, sur le pariétal antérieur, descend, s'engage lentement ou d'un seul coup, lorsqu'il n'existe qu'un seul obstacle à franchir; l'engagement est fait, la partie est gagnée, l'épreuve du travail est positive, l'accouchement va se terminer spontanément ou par une application de forceps. Au moment de la période d'expulsion, le Professeur Andérodias conseille d'ausculter les bruits du cœur après chaque contraction pour éviter de laisser passer une brusque souffrance fœtale, qui entraînerait rapidement la mort du fœtus.

Quand on doit avoir un échec, la tête, malgré l'influence des contractions utérines, reste au D. S.; au bout d'une heure environ d'efforts d'expulsion, on peut considérer l'épreuve du travail comme négative, il faut alors avoir recours à la voie haute.

Quelquefois, après un travail long et pénible, il se forme une bosse séro-sanguine qui plonge dans l'excavation et pourrait faire croire à un engagement qui n'existe pas; un forceps appliqué sur cette bosse séro-sanguine aurait les pires conséquences.

Mais les choses ne se passent pas toujours aussi simplement que dans le cas précédent; des difficultés surgissent : les unes commandent l'intervention immédiate, les autres relèvent d'une thérapeutique médicale souvent très efficace.

On peut observer des troubles de la contraction utérine; ces contractions peuvent pécher par excès ou par défaut.

a) PAR EXCÈS. — Les douleurs se succèdent sans pause intercalaire; la femme souffre continuellement et accuse des douleurs lombo-sacrées, l'utérus est constamment dur; les bruits du cœur sont souvent accélérés, quelquefois même ralentis; la dilatation, qui était arrivée à 2 francs, n'avance plus; le col a perdu de sa souplesse; la poche des eaux bombe fortement; nous avons affaire à de l'hypertonie; il faut la traiter, car elle fait courir des risques à l'enfant et

à la mère. Pour l'enfant, c'est l'asphyxie par gêne de la circulation fœto-placentaire; pour la mère, elle peut aboutir à la rupture utérine.

La morphine ou la spasmalgine sont indiquées. On injectera 1, 2, 3, jusqu'à 4 ou 5 cg., si besoin est; certains auteurs (Kreis) sont partisans de doses beaucoup plus élevées : 6, 7 cg. constituent pour eux une moyenne raisonnable. Souvent, après une ou deux injections, les douleurs reprennent, régulières, la dilatation progresse, et l'accouchement se termine normalement. Mais parfois, malgré des injections répétées d'antispasmodiques, on n'observe aucune modification des contractions, aucun progrès dans le travail : le col s'épaissit, la dilatation est stationnaire; il est inutile de pousser plus loin l'épreuve du travail, nous risquerions d'avoir un enfant mort et de faire souffrir inutilement la mère; il faut se résigner à passer par voie haute.

b) PAR DÉFAUT. — D'autres fois, le travail a bien marché au début, puis les douleurs s'espacent, durent peu, deviennent de plus en plus rares; la dilatation, qui était arrivée rapidement à 5 francs, ne progresse plus; la tête appuie mal sur le col; l'utérus fatigué se repose; nous avons affaire à de l'hypotonie ou à l'inertie; la rupture artificielle de la poche des eaux a souvent le meilleur effet; elle permet à la tête d'appuyer sur le col, les douleurs reprennent, et la dilatation se termine rapidement; mais parfois la rupture de la poche des eaux est sans effet; faut-il passer tout de suite par voie haute ? Si les bruits du cœur sont bons, si le col est souple, on peut à la rigueur faire un peu d'hypophyse; 2 unités au maximum. A la clinique obstétricale, on a même l'habitude, dans ces cas, d'associer à l'hypophyse une ampoule de spasmalgine; en procédant ainsi, on a souvent la surprise de voir le travail reprendre et l'accouchement se terminer rapidement; si ces moyens thérapeutiques échouent, il faut alors passer par voie haute. Cependant, l'hypophyse, même mélangée à la spasmalgine dans les

rétrécissements pelviens, ne doit être utilisée que par un accoucheur qualifié, qui saura arrêter ou modérer les contractions qui deviendraient trop fortes par le chloroforme ou la morphine, sinon on risque la rupture utérine avec toutes ses conséquences.

Bien entendu, on proscrira formellement cet ocytocique lorsqu'il y aura eu une césarienne basse antérieure et que l'utérus ne présentera pas une intégrité complète.

D'autres fois, on constate des signes de souffrance fœtale : bruits du cœur accélérés, puis ralentis, irréguliers; on fait l'épreuve de la morphine ou de la spasalgine; si les bruits du cœur s'améliorent, on peut pousser plus loin l'épreuve du travail, sinon il ne faut pas attendre et se décider à passer rapidement par voie haute.

Il est une autre éventualité dont nous n'avons pas encore parlé; c'est l'infection amniotique. A part de rares cas, tant que les membranes amniotiques sont intactes, le danger d'infection amniotique est pratiquement nul. Il n'en est plus de même dès que les membranes sont rompues. A Bordeaux, dès que les membranes sont rompues tôt, spontanément ou artificiellement, la mère est soumise à une surveillance étroite : la température est prise toutes les heures, le pouls également, les touchers ne sont faits qu'avec parcimonie et avec toute l'asepsie désirable. C'est que l'infection toujours latente (toucher septique, infection vaginale, dermatose inguinale) peut brusquement se réveiller et brûler les étapes : la température monte à 38-38°5, le liquide amniotique devient épais, jaunâtre; il faut intervenir, sinon l'état général s'altère, le pouls s'accélère, le liquide amniotique devient nauséabond, des frissons apparaissent; si l'enfant est encore vivant, il faut faire une césarienne en protégeant bien la cavité péritonéale, et une fois l'enfant extrait, terminer par une hystérectomie ou une extériorisation de l'utérus, suivant les cas.

Quelquefois, l'accommodation du fœtus au bassin ne s'établit qu'au prix d'une bosse séro-sanguine importante et d'un chevauchement marqué des pariétaux; bien qu'il n'y ait

aucune indication à opérer d'urgence, il vaut mieux ne pas attendre; l'enfant risque de succomber immédiatement ou dans les jours qui suivront l'accouchement par hémorragie méningée.

Enfin, la constatation d'un procubitus ou d'une procidence impose immédiatement la césarienne, sinon le fœtus succomberait rapidement.

L'épreuve du travail demande donc une surveillance étroite, de tous les instants; de temps en temps, l'accoucheur recueillera un certain nombre d'éléments qui lui permettront de prévoir l'évolution et la terminaison de l'accouchement; il est des éléments favorables et des éléments dont la constatation est d'un mauvais pronostic.

Sont des éléments favorables :

- des contractions utérines régulières, efficaces;
- la formation régulière de la poche des eaux;
- la descente progressive de la tête, qui s'accommode au D.S. et appuie bien sur le col et s'oriente dans le diamètre du bassin qui lui convient le mieux pour l'engagement;
- la rupture spontanée ou artificielle de la poche des eaux à une paume ou à complète;
- une dilatation régulière sans œdème, ni spasme du col;
- un bon état maternel et fœtal.

Sont d'un pronostic moins bon ou défavorable :

- des contractions utérines irrégulières, trop intenses;
- la rupture prématurée des membranes;
- une dilatation lente, stationnaire, non en rapport avec la durée du travail, un col œdématié;
- une tête qui s'accommode mal, flexion exagérée; légère déflexion, asynclitisme marqué;
- température : 37°8-38°;
- modification des bruits du cœur du fœtus.

Classiquement, la poche des eaux joue un rôle important dans la dilatation, sa rupture se fait ou doit se faire lorsque

la dilatation est complète ou presque; dans les bassins rétrécis, on constate fréquemment la rupture prématurée ou précoce des membranes; rupture qui donne lieu souvent à des troubles de la contraction, à de la souffrance fœtale et permet à l'infection amniotique de se produire; aussi la poche des eaux est respectée par la majorité des accoucheurs.

Ces idées ne sont pas admises par tous les auteurs modernes, et en particulier par M. Kreis, de Strasbourg. Kreis rompt systématiquement les membranes dès que la femme entre en travail : « plus tôt on permettra à la tête de prendre contact avec le bassin pendant le début du travail, plus tôt on portera la durée de la configuration dans le commencement du travail, les douleurs vigoureuses et normales réussissent beaucoup plus souvent que l'on pense d'aboutir à un accouchement spontané avec une durée très voisine de la normale; lorsqu'on fait par contre la rupture des membranes trop tard, ayant trop d'égard pour la dilatation, on risque de tomber dans la phase de l'épuisement des douleurs, après un travail trop long et relativement fruste ». Ceci nous paraît un peu trop absolu, et lorsque tout marche bien il n'est nullement nécessaire « de priver systématiquement le fœtus de la protection du sac membraneux » (Couvelaire).

B. — Le femme est examinée pour la première fois alors qu'elle est en travail depuis longtemps dans des conditions inconnues.

Souvent, il arrive qu'on est appelé en consultation pour terminer un accouchement qui dure trop longtemps; la dilatation est lente, et la tête sans tendance à l'engagement; si l'on trouve un bassin rétréci et une certaine disproportion entre la tête fœtale et le bassin, il faut faire transporter la malade dans une maison de santé; il faut s'enquérir de ses antécédents obstétricaux; se renseigner sur le nombre d'heures de travail; sur le temps écoulé depuis la rupture de la

poche des eaux; sur les touchers pratiqués; les interventions essayées : forceps, incision du col, tentatives de version, injection immodérée d'hypophyse; la température sera prise pour voir s'il n'y a pas d'infection amniotique; on s'inquiétera enfin du degré de souffrance fœtale.

Après examen complet, deux éventualités vont se présenter :

1° L'intervention s'impose d'urgence.

C'est le cas où il existe une procidence du cordon, ou bien il y a infection amniotique, et l'enfant est encore vivant. Il faut faire une césarienne, et, s'il y a infection amniotique manifeste, on terminera, suivant les cas, par l'extériorisation de l'utérus ou par une hystérectomie, la nature de l'intervention étant dictée par le degré d'infection, par l'âge et les grossesses antérieures.

Quelquefois, c'est l'imminence de rupture utérine qui impose la césarienne; ces malades n'ont pas été suffisamment surveillées, des manœuvres plus ou moins brutales se sont succédé, des injections immodérées d'hypophyse ont eu lieu. L'utérus est dur, tendu, rétracté, présentant un étranglement médian, lui donnant vaguement la forme d'un sablier; le fœtus est très compromis, souvent mort; terminer par voie basse serait très difficile, et même dangereux; la césarienne s'impose pour sauver la mère; elle permettra en même temps de vérifier et de traiter si besoin est un utérus lésé par des tractions trop brutales.

La question est encore plus difficile à résoudre lorsqu'il s'agit de souffrance fœtale manifeste; l'appréciation du degré de vitalité fœtale dans de telles conditions est très difficile. On risque d'extraire un enfant mort, ou qui mourra dans les heures ou les jours qui suivront; on aura blessé inutilement une femme, et, comme le dit Fruhinscholtz, « un enfant venu par les voies naturelles a le droit d'être quelconque, gros ou petit, laid ou beau, taré ou indemne, bien ou mal formé; un enfant né par la voie césarienne, et surtout chez

une femme infectée, quand l'intervention peut être dangereuse ou mutilatrice pour elle, n'a pas le même droit à la médiocrité physique, il doit être, autant que possible, avant d'être né, un enfant choisi, un produit sélectionné... on ne doit pas exposer une femme aux risques d'une opération césarienne si celle-ci ne doit pas être payée d'un enfant quantitativement et qualitativement suffisant ».

La conduite à tenir en pareil cas sera dictée par l'âge, les grossesses antérieures, le nombre d'enfants vivants.

2° *La question d'urgence ne se pose pas.*

On va continuer l'épreuve du travail; on régularisera les contractions par de la morphine ou de la spasmalgine, et l'on suivra l'évolution du travail; mais on aura tendance à raccourcir l'épreuve du travail, à être plus interventionniste, car il faut se méfier de l'infection latente des prétendus touchers aseptiques; et enfin, l'enfant a souvent davantage souffert qu'il n'aurait dû le faire, la mère est plus fatiguée que normalement, et risque de moins bien résister au shock, à l'infection, à l'hémorragie.

C. — La femme a subi une césarienne antérieurement.

La question de l'épreuve du travail chez les femmes césariées s'était déjà posée en 1920 au Congrès de Paris, et avait été très critiquée malgré l'avis autorisé de Schickelé, Van Rooy, Beuttner, Aubert, Hauch et Couvelaire; on craignait la rupture utérine au cours du travail, rupture assez fréquente après les césariennes hautes, mais les travaux de Wetterwald, Gellé, Audebert, Hauch; ont montré la restitution musculaire, macroscopique et microscopique presque complète de la cicatrice antérieure, quelquefois même il est impossible, au cours d'une nouvelle intervention, de distinguer la moindre trace de cicatrice.

Les ruptures utérines sont très rares. Jaulain (thèse Bor-

deaux, 1937) trouve une proportion de 0,28 p. 100 de rupture utérine après césarienne basse. Il est donc permis de tenter l'épreuve du travail chez une malade césarisée, et l'on aura souvent la surprise de voir l'accouchement se terminer spontanément, alors qu'il avait fallu une césarienne pour le premier enfant, souvent plus petit (Andérodias, Balard, *Journal de médecine*, sept. 1934).

A la clinique obstétricale de la Faculté de Bordeaux, l'épreuve du travail est pratiquée systématiquement chez les femmes césarisées; le travail est surveillé de très près; mais lorsque la dilatation est complète et la tête engagée, on termine par une application de forceps pour éviter les efforts ultimes de la période d'expulsion.

Une seule précaution : c'est de ne pas faire d'injection d'hypophyse.

Ainsi, l'épreuve du travail chez les césarisées ne présente aucun inconvénient, et l'on peut dire avec Hauch : « Je n'ai pas peur de l'épreuve du travail bien surveillée avant la césarienne éventuelle, même si c'est une césarienne répétée, mais je serai naturellement plus disposé à faire l'opération et à la faire plus tôt, quand il y a, avec une dystocie pelvienne, une présentation défavorable de la tête. » L'on voit encore un des avantages de la césarienne basse sur la césarienne haute, l'épreuve du travail est encore possible après une césarienne basse, alors « qu'après une césarienne haute il serait suprêmement dangereux de caresser cet espoir » (Paucot).

Certains auteurs prétendent que la césarienne basse est un facteur de stérilité, la fertilité décroît par crainte d'une nouvelle césarienne. Nous ne le pensons pas, et, dans nos statistiques, nous avons des femmes qui ont subi trois césariennes, et, pour leur imposer une nouvelle épreuve du travail, l'accoucheur doit employer toute son autorité et sa persuasion, tant le souvenir de la césarienne antérieure est peu désagréable.

IV. — *Durée de l'épreuve du travail.*

Jusqu'où peut être poussée l'épreuve du travail; autrement dit, sauf urgence ou indication nette, quel moment choisir pour interrompre l'expectative avec la conviction d'avoir laissé à la femme le maximum de chances d'accoucher seule sans préjudice pour l'enfant ou la mère ?

Nous avons déjà vu, à propos des conceptions de l'épreuve du travail, combien les opinions étaient variables suivant les auteurs; il est impossible de fixer une réponse en chiffres précis, car les facteurs sur lesquels nous sommes obligé de nous baser sont trop différents et variables; certains auteurs proposent six à huit heures; d'autres, dix à douze heures; d'autres, vingt-quatre heures. Nous pensons qu'il est préférable de ne pas fixer de chiffres. Dans le service de notre maître, le Professeur Andérodias, on arrête l'épreuve du travail une demi-heure après la dilatation complète; on estime qu'il est préférable de passer par voie haute sans plus attendre; cependant, dans certains cas bien définis, on peut tenter un forceps au D. S. : « seul un accoucheur qualifié, habitué à ces manœuvres obstétricales, opérant en maison de santé ou à l'hôpital, peut s'y hasarder; encore faut-il qu'il reconnaisse un bassin à peu près normal, ou au moins qu'il ne voie pas de disproportion entre le D. S. et la tête fœtale; ou bien encore que la femme ait eu des accouchements antérieurs avec des enfants de poids moyen; l'accoucheur, après mise en place du forceps, fera des tractions très modérées, de façon à ne pas compromettre la vie de l'enfant; si la tête ne descend pas, il rejettera le forceps et aura recours à la voie haute ».

Quelles sont les conséquences d'un travail trop long ? Tout accouchement laborieux fait courir des dangers à la mère et à l'enfant. Pour la mère : l'épuisement nerveux, l'infection de l'œuf, la rupture utérine; pour l'enfant, c'est l'asphyxie. Le traumatisme cérébral consécutif au passage à frottement

trop dur de la tête à travers le bassin; la seule action des contractions utérines assez énergiques pour plaquer la tête de l'enfant contre l'anneau d'un bassin infranchissable suffit à produire une hémorragie méningée.

Il importe donc d'établir avec certitude le pronostic fœtal pour éviter d'extraire par voie haute un enfant mort ou non viable. Il est deux signes classiques de souffrance fœtale : l'expulsion de méconium et la modification du rythme cardiaque, mais il faut savoir (comme l'ont montré Andérodias, Balard, Mahon, *Bull. de la Soc. de gyn. et d'obst.*, 1928) que l'expulsion de méconium est un signe incertain; constaté, il ne prouve pas fatalement une souffrance prolongée et grave; son absence a encore moins de valeur; les enfants qui souffrent longtemps n'expulsent pas leur méconium; d'ailleurs, souvent, dans ces bassins rétrécis, la tête obture tellement l'orifice pelvien que l'écoulement du liquide est impossible.

Les modifications du rythme cardiaque ne constituent pas non plus un signe de valeur absolue; des fœtus portant des lésions crânio-encéphaliques ne donnaient *in utero* aucun signe de souffrance, mais ils ont été incapables de s'adapter aux nouvelles conditions de la vie extra-utérine. Il semble que les centres nerveux du fœtus *in utero*, bien que lésés, soient suffisants pour assurer l'automatisme cardiaque, mais dès les débuts de la vie extra-utérine un nouveau centre respiratoire doit commencer à fonctionner; la mise en jeu de ce nouveau centre ne peut être assurée par le bulbe lésé.

Nous voyons donc que le moment d'interrompre l'épreuve du travail est difficile à fixer. Ce n'est pas une question d'horloge; il n'y a pas de signes précis : « C'est une question d'espèce, il est impossible de fixer une limite d'heures, les données du problème sont difficiles à apprécier : leurs conclusions encore plus. Le sens clinique, l'appréciation et la tendance personnelle jouent un rôle. » (Boursier-Rivière.)

CHAPITRE III

RESULTATS

I. — HOPITAL A.-BOURSIER

Résultats des épreuves du travail pratiquées à la Clinique
obstétricale de la Faculté de médecine de 1926 à 1937
inclus.

(Service du Professeur ANDÉRODIAS.)

Nombre total d'accouchements : 10.349.

Nombre total de bassins viciés : 521, soit 5 %.

Bassins chirurgicaux : 15.

Nombre de césariennes basses pratiquées sans épreuve du
travail : 24.

Césariennes hautes prophylactiques : 4.

(Nous commenterons ces chiffres tout à l'heure.)

Nombre d'épreuves du travail : 256.

Césariennes basses pratiquées après épreuve du travail : 109,
dont 9 césariennes itératives.

Césariennes hautes après épreuve du travail : 2.

Accouchements par les voies naturelles : 145, ce qui repré-
sente 56 à 57 % des cas.

Parmi les accouchements par les voies naturelles, on en
trouve :

88 terminés spontanément;

55 par application de forceps.

MORTALITÉ MATERNELLE.

1° Dans les *accouchements par voies naturelles* : aucune mortalité maternelle.

2° Dans les *césariennes basses ou tardives*, on note 4 décès maternels, dont :

- 1 septicémie à streptocoques hémolytiques;
- 1 péritonite purulente;
- 1 décès 6 heures après l'intervention (choc et hémorragie pendant l'opération);
- 1 embolie pulmonaire au 13^e jour.

Nous rapporterons en entier les observations concernant les quatre décès maternels, soit 3,8 %.

MORTALITÉ INFANTILE.

1° Dans les *accouchements par voies naturelles* :

	Accouchement spontané	Forceps
Hémorragies méningées	1	1
Souffrance fœtale par infection amniotique	»	1

soit 3 décès : 2 % de mortalité fœtale.

2° Dans les *césariennes basses* :

- 1 mort-né;
- 1 fracture du crâne par forceps fait en ville.
- 2 décès, soit 1,8 %.

Au total : 5 décès sur 252 épreuves du travail, soit à peine 2 %.

Les observations concernant les décès des enfants sont rapportées plus loin.

MORBIDITÉ MATERNELLE.

1° Dans les *accouchements par voies naturelles* :

	Accouchements spontanés	Forceps
Suites fébriles	»	4
Phlébite	1	1
Endométrites	2	»
Lymphangite utérine	1	1
Hémorragies secondaires	»	1
Complications pulmonaires	1	1
	—	—
TOTAL.....	5	8

soit une morbidité de 8,3 %.

2° Dans les *césariennes basses* :

Suites fébriles	5
Abcès de la paroi	5
Phlébites	4, dont 1 double
Endométrites	4
Pelvipéritonite	1
Complications pulmonaires	5, dont 1 après rachi
	—
TOTAL	24

soit 18 % de morbidité après césarienne.

Morbidité totale après épreuves du travail : 14,4 à 15 %.

ACCIDENTS CHEZ L'ENFANT.

On trouve 1 paralysie faciale après tentative de forceps au D. S., et suivie de césarienne basse.

Dans les *accouchements spontanés*, on rencontre surtout des hémorragies méningées : 2 sont survenues après des applications de forceps; 1 d'elles après un accouchement spontané. Toutes les trois ont d'ailleurs guéri rapidement grâce à la ponction lombaire.

Césariennes basses. — Les césariennes basses ont été pratiquées pour les motifs suivants :

- pour procidence du cordon, 1 fois;
- pour infection amniotique, 7 fois;
- pour souffrance fœtale, 7 fois;
- pour anomalie de la dilatation, 13 fois;
- pour non-engagement de la tête, ou autres raisons : contracture amenant souffrance fœtale; anomalies de la dilatation; travail stationnaire, etc., 73 fois.

Ces césariennes ont été pratiquées après un travail variant de 4 à 50 heures, avec durée moyenne du travail de 17 heures.

Poids moyen des enfants : 3 kg. 278.

Rupture des membranes :

1° Dans les *accouchements par les voies naturelles*, on trouve :

- Rupture prématurée, 55 fois;
- Rupture précoce :
 - spontanée, 79 fois;
 - artificielle, 24 fois;
- Rupture tempestive, 72 fois;
- Membranes non rompues, 10 fois;
- Rupture non précisée, 6 fois.

2° Dans les *césariennes basses* :

- Rupture prématurée, 26 fois;
- Rupture précoce :
 - spontanée, 30 fois;
 - artificielle, 11 fois;
- Rupture tempestive, 21 fois;
- Membranes non rompues, 10 fois;
- Rupture non précisée, 4 fois.

Maximum d'heures écoulées depuis la rupture des membranes jusqu'à l'intervention : 56 heures.

Dans les accouchements spontanés ou aux forceps, il y avait :

73 primipares;

71 multipares.

Dans les césariennes basses, il y avait :

69 primipares;

42 multipares.

Nombre	Psp.	Accouchements	Césariennes
		Voies naturelles	
50	11 cm.	32	28
25	10,75	13	12
87	10,50	57	30
14	10,25	3	11
31	10	15	13
11	9,50	6	5

On trouve également 13 césariennes pratiquées chez des femmes ayant accouché normalement auparavant.

1928. N° 551 :

1^{er} accouchement normal; 4 kg. 150.

2^e accouchement : césarienne basse; 3 kg. 635; tête mal fléchie.

1929. N° 490 :

1^{er} accouchement normal;

2^e accouchement : césarienne basse; 2 kg. 800.

1932. N° 302 :

1^{er} accouchement : forceps élevé; 2 kg. 700;

2^e accouchement : césarienne basse; 3 kg. 950.

1933. N° 644 :

1^{er} accouchement : forceps; 4 kg. 500;

2^e accouchement : césarienne basse; 3 kg. 610.

1933. N° 736 :

1^{er} accouchement : forceps; V. B. P.

2^e accouchement : décédé pendant l'extraction.

3^e accouchement : césarienne basse; 4 kg. 300.

1934. N° 619 :

1^{er} accouchement : spontané; 2 kg. 650.

2^e accouchement : césarienne basse; 3 kg. 170.

1934. N° 994 :

1^{er} accouchement : spontané.

2^e accouchement : césarienne basse; 4 kg. 030.

1935. N° 687 :

1^{er} accouchement : forceps; 3 kg. 850.

2^e accouchement : forceps; 2 kg. 850.

3^e accouchement : césarienne basse; 3 kg. 260.

1935. N° 55 :

1^{er} accouchement : forceps; 3 kg. 500.

2^e accouchement : forceps; 3 kg. 180.

3^e accouchement : césarienne basse; 3 kg. 180.

1935. N° 477 :

1^{er} accouchement : spontané; enfant mort-né; procidence.

2^e accouchement : césarienne basse; 4 kg. 260.

1935. N° 718 :

1^{er} accouchement : spontané; 2 kg. 600.

2^e accouchement : césarienne basse; 3 kg. 500.

1936. N° 392 :

1^{er} accouchement : forceps partie haute; 3 kg. 500.

2^e accouchement : césarienne basse; 3 kg. 440.

1936. N° 443 :

1^{er} accouchement : forceps au D. S.; 3 kg. 900.

2^e accouchement : césarienne basse; 3 kg. 980.

Accouchements par voies naturelles après césarienne basse antérieure : 11 fois.

1931. N° 464 :

1^{er} accouchement : césarienne basse après épreuve du travail;
enfant de 3 kg. 160.

2^e accouchement : forceps dans l'excavation; 3 kg. 310.

1932. N° 530 :

1^{er} accouchement : césarienne basse; épaule; 3 kg. 400.

2^e accouchement : spontané; 2 kg. 700.

1933. N° 221 :

1^{er} accouchement : césarienne basse; siège; 4 kg. 150.

2^e accouchement : forceps à la vulve; 3 kg. 300.

1933. N° 583 :

1^{er} accouchement : césarienne basse.

2^e accouchement : forceps partie supérieure; 2 kg. 600.

1933. N° 624 :

1^{er} accouchement : prématuré, provoqué à 8 mois; 2 kg. 450;
décédé 25 jours après.

2^e accouchement : césarienne basse; 3 kg. 070.

3^e accouchement : spontané; 3 kg. 050.

1934. N° 294 :

1^{er} accouchement : spontané; 3 kg. 500;

2^e accouchement : césarienne basse; dilatation stationnaire;
4 kg. 090.

3^e accouchement : spontané; 3 kg. 700.

1934. N° 411 :

1^{er} accouchement : césarienne basse; dilatation stationnaire;
3 kg.

2^e accouchement : forceps dans l'excavation; 3 kg. 850.

1935. N° 523 :

1^{er} accouchement : césarienne basse; siège; 2 kg. 800.

2^e accouchement : forceps à la vulve; 3 kg. 400.

1935. N° 631 :

1^{er} accouchement : césarienne basse; 3 kg. 780.

2^e accouchement : forceps; 3 kg. 110.

3^e accouchement : spontané; 3 kg. 540.

4^e accouchement : spontané; 3 kg. 400.

1936. N° 158 :

1^{er} accouchement : césarienne basse; siège + anomalie de la dilatation.

2^e accouchement : forceps; 3 kg. 570.

1937. N° 226 :

1^{er} accouchement : césarienne basse; 3 kg. 060.

2^e accouchement : forceps; 3 kg. 330.

3^e accouchement : spontané; 3 kg. 460.

Ce qui donne 5 accouchements spontanés contre 6 forceps.

II. — MATERNITE DE PELLEGRIN

(Service du Professeur G. PÉRY.)

Nos statistiques ne portent que sur 8 ans; de 1930 à 1937 inclus; les observations des années précédentes étaient insuffisantes.

Nombre total d'accouchements : 6.480.

Nombre de bassins viciés : 810, soit 12,5 %.

Nombre de bassins limites sur lesquels a été faite l'épreuve du travail : 232.

Nombre d'accouchements spontanés ou à l'aide du forceps : 142.

Nombre de césariennes basses pratiquées après épreuve du travail : 110,

dont 9 césariennes itératives.

L'épreuve du travail a donc été *positive* dans 56 à 57 % des cas.

Parmi les accouchements terminés par les voies naturelles, on note :

- 86 accouchements spontanés;
- 50 forceps;
- 3 forceps au D. S.;
- 2 versions.

MORTALITÉ MATERNELLE.

1° Dans les *accouchements par voies naturelles* : 1 septi-cémie à streptocoques hémolytiques après forceps.

2° Dans les *césariennes basses* :

- 1 décès au bout de 36 heures; péritonite généralisée;
- 1 décès le deuxième jour chez VII-pare en travail depuis 48 heures;
- 1 décès par hémorragie + dilatation estomac;
- 1 décès par péritonite,

soit 4 décès (3,6 % de mortalité).

Au total : 2 % de mortalité après épreuve du travail.

MORBIDITÉ MATERNELLE.

	Accouchements par voies naturelles	Césariennes
Suites fébriles	9	10
Lymphangite utérine	1	0
Phlébite	0	4 dont 2 doubles
Abcès paroi	»	1

soit :

- 13 à 14 % de morbidité dans les césariennes;
- 7 % dans les accouchements par voies naturelles;
- 10 % pour les épreuves du travail.

MORTALITÉ INFANTILE.

1° Dans les *accouchements par voies naturelles* :

- 1 décès par hémorragie méningée; accouchement spontané;
- 1 mort-né dans un accouchement spontané; procidence;
- 1 décès par hémorragie méningée; forceps;
- 1 mort-né dans accouchement spontané; n'a pu être ranimé;
- 1 décès par hémorragie méningée, le troisième jour après un accouchement spontané,

soit 5 décès (3,5 % de mortalité).

2° Dans les *césariennes* :

- 1 décès, par hémorragie méningée et fracture du crâne, au bout de 40 heures; tentative de forceps faite en ville;

soit 1 % de mortalité.

ACCIDENTS CHEZ L'ENFANT :

Hémorragies méningées dans :

- 1 accouchement spontané;
- 2 forceps;
- 1 forceps au D. S.

Les césariennes ont été pratiquées pour les motifs suivants :

- pour souffrance fœtale, 18 fois;
- pour procidence, 8 fois;
- pour infection amniotique, 4 fois;
- pour anomalies de la dilatation, 11 fois;
- pour non-engagement de la tête et causes multiples, 67 fois.

Dans les 142 accouchements par voies naturelles, il y avait :

83 primipares;

59 multipares.

Dans les 110 césariennes, il y avait :

57 primipares;

53 multipares.

Durée moyenne du travail : 17 heures.

Durée maxima du travail au moment de l'intervention :
48 heures.

OBSERVATIONS

Nous ne détaillons ci-après que les observations les plus typiques; les autres sont condensées dans des tableaux synoptiques placés à la fin de ce chapitre.

Clinique obstétricale de la Faculté de médecine.

(Service du Professeur ANDÉRODIAS.)

A. — **Epreuves du travail terminées par un accouchement par les voies naturelles.**

Année 1926. N° 832.

I-pare de 19 ans; présente un bassin canaliculé avec un faux-promontoire accessible à 10 cm. 5. Entre en salle de travail le 6 décembre, à 2 heures du matin; tête au D. S. en G. T.; douleurs très espacées, la dilatation ne commence que le soir vers 23 heures; douleurs très violentes exigeant une piqûre de morphine qui donne une heure de calme; la poche des eaux se rompt spontanément à la dilatation de 2 francs; la tête est encore très élevée; nouvelle injection de morphine le 7 décembre, à 8 heures; la dilatation est à petite palmaire; tête coincée dans le D. S.; à 9 heures, dilatation complète, douleurs très violentes. Bruits du cœur bons; on incite la malade à pousser, et 30 minutes plus tard l'expulsion se fait spontanément; enfant de 3 kg. 400; bipariétal, 9 centimètres. Suites de couches normales.

Année 1927. N° 730.

II-pare de 25 ans. Première grossesse : Accouchement dystocique, enfant décédé deux heures après. Pendant la grossesse on remarque un bassin rétréci; Psp. = 10 centimètres. La tête dé-

borde au-dessus du pubis. On décide de faire l'épreuve du travail. Début du travail le 2 octobre, à 6 heures. Rupture spontanée des membranes à 14 heures, à dilatation de petite palmaire; la tête, qui plonge bien, s'engage à ce moment en G. T. Après 2 heures d'expulsion, naissance d'un enfant de 2 kg. 850; bipariétal de 9 cm. 3. Durée du travail, 11 heures. Suites de couches normales.

Année 1927. N° 768.

I-pare de 30 ans. Examinée pendant la grossesse. Bassin généralement rétréci et canaliculé. Psp. : 10 cm. fort. Un faux promontoire sacré; fœtus ne paraissant pas très gros; on décide de faire l'épreuve du travail; pendant 48 heures, la malade présente un faux travail mais le col ne s'efface pas; le 19 octobre, commence à souffrir, dilatation rapide (5 h. 30). Après la rupture de la poche des eaux à dilatation complète, la tête descend en O. I. G. A., la malade pousse bien au début; la tête descend dans l'excavation, mais les contractions utérines se font moins fortes, la tête en G. T. ne progresse plus. On termine par une application de forceps, extraction sans difficulté d'un enfant de 3 kg. 420. Bipariétal de 9 cm. 7, étonné, facilement ranimé. Durée du travail, 6 heures. Suites de couches bonnes.

Année 1928. N° 339.

I-pare de 28 ans, à terme; bassin rétréci. Psp. : 10 cm. 50; début du travail le 11 mai, à 6 heures. Rupture artificielle des membranes à dilatation complète à 16 h. 30. La tête s'engage en D. T. au début de la période d'expulsion. Après 2 h. 15 de poussées, on est obligé de terminer par une application de forceps; extraction sans difficulté d'un enfant de 3 kg. 520; bipariétal de 8 cm. 9. Durée totale du travail, 12 heures. Suites de couches normales.

Année 1929. N° 1.

I-pare de 23 ans, à terme. Hauteur utérine normale. Taille petite. Luxation congénitale double; bassin généralement rétréci promontoire accessible loin, tête nettement débordante; transportée à la clinique pour épreuve du travail; début du travail le

31 décembre au matin; douleurs régulières assez espacées; le 1^{er} janvier, à 11 heures, tête toujours au D. S., dilatation de palmar; bruits du cœur bons, contractions régulières, poche d'eaux intacte; à 14 heures, rupture artificielle de la poche des eaux; la tête se fléchit et descend; au bout de 3/4 d'heure, pas de rotation; bruits du cœur irréguliers et soufflés; application de forceps en D. P.; extraction facile d'un enfant de 2 kg. 900; bipariétal de 8 cm. 8. Deux circulaires serrés. Suites de couches fébriles dues à des abcès du sein.

Année 1929. N° 787.

I-pare de 20 ans. Bassin rétréci; Psp. : 10 cm. 50. Début du travail le 7 novembre, à 22 heures; le 8, à 10 heures, dilatation de 1 franc; rupture spontanée des membranes à la dilatation de petite palmar, la tête s'engage peu après en G. T.; expulsion, à 18 h. 30, d'un fœtus de 3 kilos; bipariétal de 9 centimètres. Durée du travail, 20 h. 30. Suites de couches normales.

Année 1930. N° 195.

I-pare de 20 ans, à terme; suivie pendant sa grossesse; entre dans le service le 8 mars, à 17 heures, avec le diagnostic de bassin rétréci pour épreuve du travail et césarienne possible; tête au D. S. amorcée; ne débordant pas; dilatation de 2 francs; poche d'eaux intacte. Bruits du cœur normaux. O. I. D. T., contractions régulières; dilatation complète à 20 heures; on rompt la poche des eaux et l'on fait pousser la malade. La tête descend lentement en D. P. Les pariétaux chevauchent. Bruits du cœur bons. Deux heures après, malgré les efforts de la malade, la tête, qui est en D. T., ne progresse plus. On termine par une application de forceps. Rotation pénible; la tête tourne à frottement, l'enfant naît étonné, crie au bout de quelques minutes. Poids, 3 kilos; bipariétal, 9 centimètres. Durée totale du travail, 17 heures. Suites de couches normales.

Année 1930. N° 738.

I-pare de 20 ans, à terme. Bassin asymétrique. Luxation congénitale de la hanche gauche. On décide de faire une épreuve du

travail; entre en salle de travail le 20 octobre, à 16 heures; col dilaté comme 1 franc; rupture des membranes à dilatation complète; la tête s'engage en G. T.; expulsion en 45 minutes d'un enfant de 3 kilos; bipariétal de 8 cm. 4. Durée du travail, 5 heures. Suites de couches normales.

Année 1931. N° 580.

I-pare de 19 ans, à terme. Promontoire accessible à 10 cm. 5. Tête débordant légèrement. Début de travail le 16 juillet, à 18 heures. Un cm³ de morphine, le 17 juillet, à 5 heures. Rupture artificielle des membranes à dilatation complète; la tête s'engage pendant la période d'expulsion en D. T.; à 7 h. 15, expulsion d'un enfant de 3 kg. 180. Durée totale du travail, 36 h. 45. Suites de couches normales.

Année 1931. N° 829.

II-pare de 26 ans, à terme. Première grossesse en 1929. Hypertonie. Forceps dans l'excavation pour souffrance fœtale. 3 kg. 310. Décédé 1 mois après.

Bassin généralement rétréci; Psp. : 10 cm. 50. Début du travail le 9 novembre, à 8 heures; à 12 heures, dilatation de 2 francs; à 18 heures, 5 francs; rupture artificielle de la poche des eaux; à 20 heures, dilatation de petite palmaire; on fait pousser la malade; la tête descend lentement et complète la dilatation; à 22 h. 30, expulsion d'un enfant de 3 kg. 600; bipariétal de 9 centimètres. Durée totale du travail, 14 h. 30. Suites de couches normales.

Année 1932. N° 407.

I-pare de 26 ans, à terme. Bassin rétréci; promontoire à 10 cm. 75. Début du travail le 25 mai, à 4 heures; à 11 heures, dilatation de 5 francs. Membranes rompues spontanément à 6 h. 45; à 18 heures, dilatation complète; on fait pousser la malade, la tête s'engage en D. P.; après 1 heure d'expulsion, on termine par une application de forceps; extraction sans difficulté d'un enfant de 4 kg. 150; bipariétal de 9 cm. 6. Durée totale du travail, 14 heures. Suite de couches normales.

Année 1932. N° 885.

I-pare de 19 ans, à terme. Bassin rétréci; promontoire accessible à 40 cm. 75; tête mobile au D. S.; dans la fosse iliaque gauche, début du travail le 10 novembre, à 23 heures; on redresse l'utérus à l'aide d'un bandage de corps; à 10 heures, dilatation de petite palmaire; rupture artificielle des membranes à dilatation complète à 14 h. 30; on fait pousser la malade, la tête s'engage en D. T., expulsion en 55 minutes d'un enfant de 3 kg. 270; bipariétal de 9 cm. 6. Durée totale du travail, 16 h. 25. Suite de couches normales.

Année 1933. N° 446.

I-pare de 23 ans, à terme. Luxation congénitale gauche. Bassin asymétrique; promontoire accessible à 40 centimètres. Début du travail le 16 juin, à 1 heure. A 9 heures, dilatation de 2 francs; rupture spontanée des membranes à 10 heures; dilatation complète le 17 juin, à 18 heures. On fait pousser la malade, la tête s'engage alors en G. T.; la malade est fatiguée, on termine par une application de forceps facile; enfant de 3 kg. 600; bipariétal de 9 cm. 3. Durée totale du travail, 36 h. 30. Suite de couches normales.

Année 1935. N° 33.

I-pare à bassin rétréci. Bassin canaliculé; Psp. : 40 cm. 50. Tête au D. S.; hauteur utérine, 32 centimètres; dilatation de petite palmaire; amenée par sa sage-femme, le 15 janvier, à 11 h. 30, pour dilatation stationnaire; on rompt la poche des eaux; peu à peu, la dilatation se complète; la tête s'engage en D. T., les contractions s'espacent; on fait 2 unités d'hypophyse; la tête arrive à la partie moyenne de l'excavation. Sous chloroforme, application de forceps en D. P.; extraction facile d'un enfant de 3 kg. 840 (bipariétal de 9 cm. 7), qui crie spontanément. Durée totale du travail, 18 heures. Suites de couches normales.

Année 1936. N° 783.

I-pare de 33 ans. Entre dans le service le 26 octobre, à 16 h. 30. En travail depuis 10 heures environ. Tête mobile au D. S. en D. T.;

dilatation de 2 francs; poche des eaux rompue depuis 4 heures environ; bruits du cœur bons. Bassin généralement rétréci et canaliculé; Psp. : 9 cm. 50. Luxation de la hanche droite. Le travail se poursuit lentement; à 19 h. 30, 0 cg. 5 de morphine; le 27 octobre, à 0 h. 30, 0 cg. 5 de morphine; dilatation de 2 francs; à 7 heures, 0 cg. 5 de morphine; dilatation de 5 francs; à 9 h. 15, dilatation complète; la tête reste élevée; après 1 heure d'efforts expulsifs, la tête s'engage en O. I. D. T. au prix d'un chevauchement important des pariétaux; la parturiente est fatiguée. On termine par une application de forceps; extraction facile d'un enfant de 3 kg. 300; bipariétal de 9 cm. 4. Durée totale du travail, 36 heures. Suites de couches normales, si ce n'est une poussée thermique à 40 degrés le cinquième jour, avec lymphangite utérine. Rapidement, tout rentre dans l'ordre.

Année 1937. N° 958.

I-pare de 17 ans 1/2, à terme. Bassin canaliculé; promontoire accessible à 10 centimètres; début du travail le 22 décembre, à 11 heures; à 19 heures, dilatation de 2 francs; 1 centigramme de morphine pour hypertonie. Le 23 décembre, à 4 h. 30, rupture spontanée des membranes; à 8 heures, dilatation de petite palmaine; 1 centigramme de spasmalgine; dilatation complète à 10 h. 30. On fait alors pousser la malade; la tête s'engage alors en G. A.; le travail ayant été long (23 heures), on décide de terminer par une application de forceps; extraction facile d'un enfant né étonné, facilement ranimé; poids, 3 kg. 320; bipariétal de 9 cm. 5. Suites de couches normales.

B. — Epreuves du travail terminées par une césarienne basse.

Année 1928. N° 275.

I-pare de 19 ans, à terme. Taille très petite; grosse déformation des membres inférieurs; premiers pas à 2 ans. Entrée en clinique le 17 avril 1928, à 1 heure; en travail depuis la veille, à 17 heures; contractions fortes et régulières; hauteur utérine, 36 centimètres; tête élevant débordant franchement la symphyse pubienne; bruits

du cœur bons; dilatation de 2 francs; poche d'eaux intacte. Bassin petit dans son ensemble. Psp. : 10 centimètres. On tente l'épreuve du travail. Rupture artificielle des membranes à 4 h. 45; à dilatation de grande palmaire. Le liquide est teinté de méconium. Bruits du cœur irréguliers par intermittence; à 5 heures, césarienne basse sous rachianesthésie (Dr Gautret). Enfant de 3 kg. 600; bipariétale de 9 cm. 4. Durée totale du travail, 16 heures. Suites de couches normales.

Année 1929. N° 681.

II-pare de 25 ans; première grossesse; enfant mort et macéré; hémorragie rétro-placentaire; à terme. Bassin rétréci au D. S.; Psp. : 10 cm. 25. Deux faux promontoires fortement saillants. Début du travail dans la nuit du 17 au 18 septembre, la tête reste élevée et débordante, malgré que le ventre soit peu développé. Les bruits du cœur deviennent sourds et irréguliers vers 16 heures; à 18 heures, ils redeviennent irréguliers. Césarienne basse (Dr Gautret) sous rachianesthésie; cordon latérocident; beaucoup de méconium; enfant ranimé en 5 minutes; poids, 2 kg. 840; bipariétal de 9 cm. 3. Suites de couches très bonnes.

Année 1929. N° 656.

I-pare de 31 ans, à terme. Promontoire à 10 cm. 50. Deux faux promontoires. Début du travail le 2 septembre, à 4 h. 30; dilatation complète et rupture des membranes à 9 h. 15; après une heure d'expulsion, la tête reste au D. S. Césarienne basse (Dr Gautret) sous rachianesthésie. Enfant de 3 kg. 225; bipariétal de 9 cm. 6. Suites de couches : Absès de la paroi; enfant décédé 1 mois plus tard, cause inconnue.

Année 1930. N° 387.

I-pare de 22 ans, à terme. Bassin généralement rétréci et aplati. Tête légèrement débordante; le travail durée depuis 12 heures; contractions régulières, tête au-dessus du D. S.; la dilatation atteint grande palmaire; la poche des eaux a été rompue artificiellement 2 heures avant. Bruits du cœur bons. Césarienne basse

(Dr Gautret) sous rachianesthésie sans incidents; extraction d'un enfant de 2 kg. 750; bipariétal de 9 centimètres; durée totale du travail, 16 heures. Suites de couches bonnes.

Année 1931. N° 226.

I-pare de 29 ans. Bassin généralement rétréci. Psp. : 10 centimètres. Début du travail et rupture précoce des membranes le 21 mars, à 9 heures. Hauteur utérine, 37 centimètres; tête très élevée; col perméable non effacé; hypertonie utérine et souffrance fœtale dans l'après-midi; morphine, 1 centigramme. On poursuit l'épreuve du travail jusqu'au 22 mars, à 9 heures. Hauteur utérine, 34 centimètres. Bruits du cœur bons; tête beaucoup moins élevée mais débordant largement; dilatation de 2 francs; césarienne basse (Dr Mahon) sous rachianesthésie; opération typique, extraction d'un enfant de 2 kg. 900; bipariétal de 9 cm. 3. Suites bonnes. Conjonctivite et vulvo-vaginite chez l'enfant. Guérison.

Année 1931. N° 482.

I-pare de 30 ans; arrive de ville le 18 juin à 13 heures; tête élevée débordant légèrement; Psp. : 10 cm. 50; rupture prématurée des membranes le 16, à 19 heures; début du travail le 17, à 11 heures; à l'arrivée de la malade, dilatation de 2 francs; col épais mais souple; température, 37°9; pouls à 100; 1 heure après, température, 38°5; devant les progrès de l'infection amniotique, on décide de ne pas attendre plus longtemps; intervention (Dr Mahon), à 15 h. 30, soit 27 heures après le début du travail et 45 heures après la rupture des membranes; échec de la rachianesthésie. Anesthésie générale à l'éther. Isolement soigneux du péritoine. Changement de gants après la suture utérine.

Paroi en trois plans sans drainage. Enfant étonné, vite ranimé. Poids, 3 kg. 640; bipariétal, 9 cm. 50. Suppuration importante de la paroi entraînant une désunion des plans superficiels; 25 jours après, suture secondaire avec drainage filiforme; bonne cicatrice.

Année 1931. N° 642.

III-pare de 27 ans, à terme. Première grossesse en 1928. Opération césarienne pour procidence du cordon. Enfant décédé 2 jours

après. Deuxième grossesse 1929 : Césarienne pour bassin rétréci; enfant vivant.

Bassin canaliculé. Psp. : 10 cm. 50; faux promontoires très saillants. Vient accoucher à la clinique. Entre en travail le 7 août, à 15 heures; perte des eaux à 20 heures, à dilatation de 1 franc. Le toucher montre alors une tête élevée avec procidence du cordon. Bruits du cœur excellents; contractions subintrantes; la procidence augmente; les bruits du cœur faiblissent; 1 centigramme de morphine; césarienne basse (Dr Mahon) 1/2 heure après la constatation de la procidence; anesthésie générale à l'éther pour ne pas augmenter la rétraction utérine; libération pénible d'adhérences importantes unissant le péritoine utérin au péritoine pariétal et saignant abondamment; extraction d'un enfant de 3 kg. 300 qui crie aussitôt. Hémorragie abondante, bonne péritonisation, mais atypique; paroi en trois plans sans drainage; pâleur de la malade après l'intervention; pouls, 130; solucamphre; sérum, 1 litre; sécacorcine. L'état général se remonte rapidement. Suites des plus simples.

Année 1931. N° 788.

I-pare de 21 ans. Bassin aplati; Psp. : 10 cm. 50; début du travail le 24 octobre, à 22 heures. Rupture des membranes au début du travail; le 25 octobre, à 22 h. 30, dilatation de 5 francs; température, 37°4; pouls, 98; la tête débordant légèrement, les contractions étant notoirement insuffisantes, on intervient (Dr Mahon) pour début d'infection amniotique. Rachianesthésie; opération typique; enfant de 3 kg. 300 (bipariétal de 8 cm. 6) qui crie aussitôt. Parois en un plan aux bronzes, avec crins cutanés.

Broncho-pneumonie pseudo-lobaire grave et abcès pelvien dans les suites de couches. Guérison.

Année 1932. N° 302.

IV-pare de 38 ans. Deux avortements; 1 enfant vivant, bien portant, de 2 kg. 300 à la naissance; forceps et dilatation manuelle sous rachianesthésie.

Bassin canaliculé. Psp. : 10 cm. 50; début du travail le 14 avril,

à 4 heures; à 10 heures, tête élevée, dilatation de 2 francs; bruits du cœur normaux; rupture spontanée des membranes à 13 heures; à 21 heures, situation stationnaire et les bruits du cœur deviennent plus lents et plus sourds; on juge inutile de pousser plus loin l'épreuve du travail; césarienne basse (Dr Mahon) à 22 heures. Rachianesthésie. Opération typique sans incidents notables, enfant de 3 kg. 450; bipariétal de 9 cm. 50; paroi abdominale en un plan. Suites apyrétiques.

Année 1933. N° 183.

I-pare de 27 ans, à terme. Bassin rétréci; Psp. : 10 cm. 50; début du travail le 8 mars, à 19 heures; le 9, à 8 h. 30, la dilatation est complète au moment où la malade entre en salle; on rompt les membranes, la tête ne s'engage pas, le col revient sur lui-même; à 9 h. 30, la dilatation est à petite palmaire; les bruits du cœur sont sourds et ralentis; on décide de terminer par une césarienne (Dr Mahon). Rachianesthésie; l'enfant crie immédiatement; poids, 3 kg. 040; bipariétal de 9 cm. 5. Suites opératoires très bonnes.

Année 1933. N° 235.

I-pare de 21 ans. Bassin rétréci. Psp. : 11 centimètres; début du travail le 26 mars, à 15 heures; tête élevée débordant nettement la symphyse pubienne; la dilatation progresse lentement le 27 mars au matin, tête non engagée; dilatation de 5 francs; on rompt artificiellement les membranes; dans l'après-midi, situation inchangée; à 18 heures, le Professeur Andérodias, consulté, conseille de passer par voie haute. Intervention à 18 heures (Dr Traissac). Rachianesthésie. Opération sans incident. Enfant de 3 kg. 800 extrait sans difficulté; bipariétal de 10 cm. 2. Suites de couches bonnes.

Année 1934. N° 931.

III-pare; première grossesse : Césarienne basse après épreuve du travail; 3 kg. 500; bipariétal de 9 cm. 9.

Deuxième grossesse : Accouchement spontané après épreuve du travail; enfant de 3 kg. 400; bipariétal de 10 centimètres.

Troisième grossesse actuelle normale. Bassin rétréci. Psp. : 10 cm. 50. Hauteur utérine : 39 centimètres. Début du travail le 12 décembre, à 1 heure. Travail régulier; dilatation complète à 19 h. 30. On rompt la poche des eaux et on fait pousser la malade. Au bout de 45 minutes, la tête essaie de s'accommoder, mais ne s'engage pas. Césarienne basse (Dr G. Péry) sous rachianesthésie. Adhérences lâches, facilement libérées; enfant de 4 kg. 150 (bipariétal de 9 cm. 50), qui crie spontanément. Suites de couches normales.

Année 1934. N° 962.

II-pare de 24 ans; premier, avortement. Bassin canaliculé; 2 faux promontoires, accessibles à 10 cm. 50. Travail régulier; dilatation d'une durée de 18 h. 30. On rompt les membranes à dilatation complète, et on fait pousser la malade; la tête a l'air de descendre, et on tente deux applications prudentes de forceps. Devant l'échec de cette manœuvre, les bruits du cœur étant excellents, on se décide à passer par voie haute; césarienne basse (G. Péry) sous rachianesthésie. Opération typique; enfant de 3 kg. 900 (bipariétal de 10 cm. 3), baignant dans le méconium, mais qui crie aussitôt. Suites de couches normales.

Année 1935. N° 297.

I-pare de 25 ans, à terme. Bassin rétréci; Psp. : 10 cm. 50; présentation du sommet mobile. Début du travail le 10 avril, à 1 heure; rupture prématurée des membranes le 10 avril, à 23 h. 30. Le 11 avril, à 19 heures, la dilatation est de 5 francs. Le Professeur Rivière envoie la malade dans le service, où elle entre à 20 heures. Césarienne basse sous rachi (Dr Péry). Opération sans incidents. Extraction d'un enfant de 3 kg. 500, qui crie spontanément, mais baignait dans le méconium. Lavage de l'utérus à l'éther; fermeture de la paroi en un plan. Endométrite des suites de couches.

Année 1935. N° 558.

I-pare de 23 ans à bassin rachitique. Psp.: 10 cm. 75. Deux faux promontoires sacrés. Présentation du sommet en O. I. D. T. Début

du travail le 10 avril, à 20 heures; à 7 heures, le 11 avril, dilatation de grande palmaire et rupture spontanée des membranes. Dilatation complète à 9 heures. On fait pousser la malade 1 heure pour engager la tête; période d'atonie; injection de 2 unités d'hypophyse; quelques bonnes contractions, et la tête descend un peu; sous anesthésie générale, on essaie une application de forceps; malgré quelques tractions prudentes, on n'arrive pas à engager la tête. Les bruits du cœur étant devenus très lents, on fait 1 cm³ de morphine; dès lors, les bruits du cœur s'améliorent. Echec de rachi. Sous anesthésie générale (Dr Péry), césarienne basse; extraction d'un enfant de 3 kg. 600, facilement ranimé; paroi en un plan aux crins de Florence. Endométrite des suites de couches à partir du onzième jour.

Année 1936. N° 443.

III-pare de 34 ans.

Première grossesse extra-utérine opérée à Canolle.

Deuxième grossesse, accouchement : forceps partie supérieure de l'excavation, enfant de 3 kg. 900, vivant, bien portant (bipariétal de 9 cm. 5). Bassin légèrement rétréci. Psp. : 11 centimètres. Début du travail le 15 juin, à 4 heures; présentation en O. I. G. T. non engagée; le travail évolue normalement; dilatation complète à 20 heures. On rompt les membranes, et on fait pousser la malade (Dr Gautret) pendant 2 heures. Pas d'engagement. On conduit la malade à la clinique obstétricale; à son entrée, utérus de 34 centimètres, très dévié du côté gauche, tête au-dessus du D. S. en asynclitisme postérieur; contractions rares mais énergiques, après lesquelles les bruits du cœur sont longs à reprendre leur netteté et leur régularité; à 23 heures, césarienne basse sous rachi (Dr Mahon). Opération typique; extraction d'un enfant de 3 kg. 800; bipariétal de 10 centimètres. Suites de couches normales, si ce n'est une légère bronchite.

Année 1936. N° 497.

I-pare de 21 ans. Bassin légèrement rétréci. Psp. : 10 cm. 75; plusieurs faux promontoires; présentation du sommet en G. T.;

dilatation régulière; durée, 20 heures, ayant nécessité à 2 francs 0 cg. 3 de morphine pour légère hypertonie; à dilatation complète, on fait pousser la malade pendant 1 h. 30, mais la tête ne descend pas. Grosse bosse séro-sanguine. Bruits du cœur bons; on décide de passer par voie haute. Césarienne basse sous rachianesthésie (Prof. Andérodias, Dr G. Péry); mauvaise rachianesthésie générale au chloroforme; extraction d'un enfant de 3 kg. 930 assez péniblement ranimé; fermeture en trois plans. Suites de couches normales. ■

Le lendemain de l'accouchement, l'enfant présente quelques convulsions et une raideur généralisée. La ponction lombaire ramène un liquide hémorragique. Amélioration rapide.

Année 1937. N° 640.

I-pare de 24 ans. Luxation congénitale double; promontoire accessible à 10 centimètres; plusieurs faux promontoires; on suit toute la face antérieure du sacrum; début du travail le 19 août, à 6 heures; envoyée par son médecin le 19 août, à 13 h. 45; tête mobile au D. S., et débordant l'arc antérieur de la symphyse; dilatation complète à 18 h. 15. On fait pousser la malade, qui a peu de douleurs; césarienne basse sous rachi (Dr G. Péry); opération typique; extraction d'un enfant de 3 kg. 130, qui crie immédiatement. Suites de couches apyrétiques.

Année 1937. N° 351.

II-pare de 28 ans.

Première grossesse en 1934. Accouchement normal; enfant de 4 kg. 150 (?). Entre dans le service à 2 h. 30, le 20 juillet, pour dilatation stationnaire à 2 francs depuis 3 heures; à son entrée, tête non engagée et débordant un peu; dilatation de 2 francs, poche d'eaux rompue; bruits du cœur bons; bassin annelé, promontoire aigu et accessible loin; douleurs régulières pendant 1 heure, puis hypertonie, et on fait 2 fois de la morphine; à 7 heures, dilatation petite palmaire, et stationnaire jusqu'à 9 h. 30; la tête n'a aucune tendance à l'engagement. Césarienne basse sous rachianesthésie (Dr G. Péry). Opération typique; extraction d'un enfant de

3 kg. 600 facilement ranimé, ayant une volumineuse bosse séro-sanguine sur la région frontale, fermeture de la paroi en trois plans. Suites de couches normales, si ce n'est un abcès de la paroi.

C. — Observations des 4 décès maternels.

Année 1927. N° 218.

I-pare de 25 ans, à terme. Bassin généralement rétréci. Psp. : 10 cm. 75; la malade perd les eaux dans la matinée et commence à souffrir; à 17 heures, dilatation stationnaire à 2 francs; tête toujours élevée; on décide d'intervenir. Rachianesthésie sans action. Anesthésie générale au chloroforme. Césarienne basse; extraction de la tête laborieuse. Hémorragie considérable, surtout après l'extraction du fœtus; 500 cm³ de sérum intraveineux pendant l'intervention; le poulx reste petit; cependant, les premières heures qui suivent l'intervention s'écoulent à peu près normalement. A 21 heures, on assiste brusquement à des phénomènes de shock intense; frissons, collapsus. Toni-cardiaque et 800 cm³ de sérum intraveineux. L'état ne s'améliore pas. On décide alors une transfusion sanguine de 300 cm³ qui a lieu sans incident; mais aussitôt après la malade présente un état de collapsus dans lequel elle succombe en quelques minutes. A la nécropsie on ne trouve pas de sang dans l'utérus; les sutures ont bien tenu; enfant de 3 kg. 700; bipariétal de 9 cm. 4.

Année 1930. N° 421.

I-pare de 28 ans, à terme. Porteuse de légers stigmates rachitiques des membres inférieurs. Entre dans le service le 8 juin dans la matinée, envoyée par deux médecins. Le travail a commencé le 6 juin, dans la soirée; les membranes se sont rompues à ce moment; le matin du 8, plusieurs applications de forceps ont été tentées à domicile sans résultat; à 11 h. 30, examen : hauteur utérine, 36 centimètres; le segment inférieur forme une voussure très nette avec encoche au niveau du bord gauche; la tête déborde nettement la symphyse pubienne; le corps utérin est constamment

dur; anneau de Bandl très remonté. Bruits du cœur bons; dilatation presque complète, énorme bosse séro-sanguine qui masque les sutures, plonge dans l'excavation et ne permet pas l'exploration du crâne du fœtus, ni l'accès sur le promontoire. Température, 37°6. Pouls, 38. Morphine, 1 ctg.; les douleurs deviennent très atténuées; à 15 heures, césarienne basse sous rachianesthésie; bruits du cœur très bons; température, 38°4. Segment inférieur très étiré et oedématié; protection très soigneuse du péritoine; à l'incision du segment inférieur, un liquide verdâtre s'écoule, rapidement enlevé par l'aspirateur. Le dégagement de la tête est rendu laborieux par la bosse séro-sanguine qui plonge dans l'excavation; l'enfant est ranimé en 5 à 10 minutes et crie assez bien; pas de lésions du segment inférieur; l'enfant, qui pèse 3 kg. 630, est porteur de lésions crâniennes dues au forceps; l'œil droit est très tuméfié; on voit l'emplacement d'une branche sur la nuque, et au niveau d'une bosse pariétale une esquille osseuse est perçue. La ponction lombaire ramène un peu de sang. Décès de l'enfant 36 heures après; l'autopsie montre une fracture en écaille du pariétal. Moins d'une heure après l'intervention, la malade présente un frisson intense avec température à 40°2; pouls incomptable. Huile camphrée, sérum, abcès de fixation, position de Fowler; le lendemain matin, 37°5; pouls 120. Sérum et toni-cardiaque; le soir, la température remonte à 39 degrés; le 10 au matin, température, 39°5; pouls incomptable; facies un peu altéré; langue humide; urines abondantes; le pansement est traversé; on enlève plusieurs points, un liquide sanieux et fétide s'écoule; la paroi est putrilagineuse; la malade est portée sur la table d'opération; on enlève le surjet aponévrotique et on se borne à ponctionner le péritoine sans ramener de pus. Décès 2 heures après.

Année 1930. N° 669.

Il-pare. Premier accouchement, mort et macéré; entre le 1^{er} septembre à 1 heure; dilatation de 2 francs; tête très élevée; poche d'eaux intacte; bruits du cœur bons; promontoire accessible haut; lignes inominées, facilement suivies sur toute leur longueur; sinus sacro-iliaques peu profonds; concavité sacrée peu profonde.

Bassin généralement rétréci; à 9 h. 30, dilatation complète; rupture artificielle des membranes; pas d'engagement; légère hypertension, 1 ctg. de morphine; à 11 heures, la tête est toujours au-dessus du D. S. Bruits du cœur bons. Césarienne basse (Dr Mahon), rachianesthésie. Opération sans incident; enfant de 3 kg. 400; bipariétal de 9 centimètres. Suites de couches normales. Le cinquième jour, abcès de la paroi. Le quatorzième jour, embolie massive et décès 30 minutes après le début de la crise.

Année 1933. N° 762.

I-pare de 21 ans, à terme. Perte des eaux le 14 octobre, à 23 heures. Entre en travail le 15 octobre, à 12 heures; à 24 heures, la dilatation est complète; la malade pousse bien; après 4 h. 30 d'expulsion, la tête reste au D. S.; la malade arrive à l'Hôpital Boursier le 15 octobre, à 4 heures; la bosse séro-sanguine gêne pour atteindre le promontoire; mais la sage-femme a constaté que le bassin était très rétréci; bruits du cœur bons; température, 38 degrés; césarienne basse sous rachianesthésie (Dr Mahon); enfant de 2 kg. 750; bipariétal de 8 cm. 2. Opération exsangue; paroi en un plan aux crins.

Le 17 octobre, seize heures après l'intervention, frisson violent; température, 40°8; hémoculture à ce moment négative.

Le 18 octobre, à 0 h. 15, nouveau frisson; température, 41°4.

Le 18 octobre, à 16 heures, nouveau frisson; température, 39°9.

Pas de signes péritonéaux; état général peu atteint.

Le 18 octobre, à 15 heures, 100 cm³ de sérum antistreptococcique de Vincent.

Nouvelle hémoculture le même jour, à 17 heures; positive, à streptocoques hémolytiques.

Température en plateau à 40 degrés.

100 cm³ de sérum par jour. Abcès de fixation le 19; réchauffé le 20.

Jusqu'au 25 octobre, alternatives d'aggravation et d'amélioration.

Sérum intraveineux à partir du 23. La malade est emportée mourante le 27 octobre

D. — Observations des décès d'enfants au cours de l'épreuve du travail.

Année 1927. N° 58.

I-pare à terme, présentant un bassin rétréci juxta-minor; Psp. : 10 cm. 25. On espérait un accouchement spontané, avec peut-être application de forceps, l'enfant paraissant de volume plutôt petit, et on tente l'épreuve du travail. Début des douleurs le 18 janvier au soir. Douleurs toute la nuit. Le 19, au matin, perte des eaux; le col semble ne pas s'être dilaté depuis la veille au soir, il est juste entrouvert. Les douleurs continuent toute la journée du 19. Le soir, le col reste épais, un peu dur par ses bords, ouvert à 50 centimes. Les bruits du cœur sont bons. Le 20 au matin, les douleurs continuent plus intenses; le col s'est peu modifié. Au début de l'après-midi, signe de souffrance fœtale. Le col est à 2 francs. Les bords sont durs, donnant l'impression de ne pouvoir être dilatés manuellement. Tête amorcée, mais ne progressant pas. Bruits du cœur mauvais; on décide de passer par voie haute. Difficulté d'extraction de la tête. L'enfant ne fait aucun mouvement respiratoire, mais le cœur bat très bien; injections d'éther, d'huile camphrée, respiration artificielle, et même adrénaline intracardiaque. Ponction lombaire : Liquide clair. Au bout de demi-heure, le cœur du fœtus s'arrête de battre et ne peut être ranimé. Poids. 2 kg. 700; bipariétal, 9 cm. 3.

Année 1927. N° 772.

I-pare de 19 ans. Début du travail le 20 octobre, à 18 heures. Perte des eaux à 21 heures, au début de la dilatation. La tête s'applique au détroit supérieur, mais ne s'engage pas. C'est dans cet état que la gestante entre à l'hôpital, le 21 octobre, à 11 heures. L'examen montre un promontoire accessible à 10 centimètres, fort, la tête est élevée; la dilatation, de 5 francs; on décide de faire l'épreuve du travail; à 17 heures, dilatation de petite palmaine. Une bosse séro-sanguine énorme s'insinue dans le col. La tête est un peu descendue; la température est à 38°4; à 19 heures, les douleurs sont fréquentes; dilatation G. P. On fait pousser la malade,

la tête progresse un peu. Les bruits du cœur sont bons, mais rapides par moment. Puis les douleurs diminuent de fréquence et d'intensité, la tête est descendue dans l'excavation; on termine par un forceps en D. P. Extraction facile d'un enfant de 3 kg. 850 (bipariétal de 9 centimètres), facilement ranimé, mais qui avait rendu du méconium. Le 22 octobre, l'enfant présente une crise convulsive avec cyanose. Ponction lombaire négative. Le 23 octobre, dans la nuit, à 1 heure du matin, crise convulsive. Ponction lombaire négative. Ponction ventriculaire négative. Le 23 octobre, l'enfant présente quelques crises convulsives à droite, cyanose, respiration accélérée. Pouls incomptable; il meurt dans cet état, le soir, à 15 heures. Autopsie : Aucune trace d'hémorragie méningée ni ventriculaire. B.-W. négatif. Durée totale du travail, 27 heures.

Année 1928, N° 404.

I-pare de 25 ans, à terme. Bassin rétréci; Psp. : 9 cm. 50. Faux promontoire. Tête au D. S. Pariétal antérieur déborde. Début du travail le samedi, à 23 heures; dilatation normale, complète à 14 heures. On rompt la poche des eaux, tête engagée en D. P.; liquide amniotique fortement teinté de méconium; bruits du cœur irréguliers. On termine par une application de forceps. Les pariétaux chevauchent, et la tête est fortement serrée dans l'excavation. Rotation impossible; dégagement en O. S. On constate à ce moment une latérocidence. Enfant né en état de mort apparente. Première inspiration au bout de 1/4 d'heure; respiration au bout de 1 heure. Ponction lombaire : Liquide rouge fortement teinté de sang. Décès 12 heures après.

Durée totale du travail, 12 heures.

Année 1933. N° 646.

I-pare de 31 ans. Malade à bassin limite, pour laquelle on décide une épreuve de travail. Début du travail le 1^{er} septembre, à 0 heure. Rupture spontanée précoce des membranes à 6 h. 30. Dilatation complète à 16 heures; la tête reste élevée, mobile au D. S.; en asynclitisme antérieur accentué. Bruits du cœur excellents; la

température, restée normale jusque-là, s'élève brusquement à 38°8. Césarienne basse à 16 h. 30 (Dr Mahon); rachianesthésie. Opération typique. Enfant étonné, long à ranimer. Poids, 2 kg. 500; bipariétal de 9 centimètres. L'enfant garde une respiration superficielle. Ponction lombaire : Liquide eau de roche. L'enfant, après une série de crises de cyanose, meurt au bout de 36 heures. B.-W. négatif chez la mère.

Année 1937. N° 393.

I-pare à bassin rétréci. Psp. : 10 cm. 50. Envoyée par le Docteur Faugère pour dilatation stationnaire et souffrance fœtale. Dilatation de 5 francs et tête élevée; bruits du cœur réguliers, mais un peu sourds; méconium; contractions utérines très rapprochées; morphine, 0 eg. 5 à deux reprises. La dilatation progresse; les bruits du cœur tiennent toujours; la tête plonge sans être complètement engagée. A dilatation complète, on fait pousser la malade; la température est montée brusquement : 37°5, à 18 heures; 38°5, à 21 h. 30; 39°4, à 22 h. 30; poche des eaux rompues précocement et spontanément. Dès que la tête est suffisamment engagée, on termine par une application de forceps en G. T.; extraction facile d'un enfant de 2 kg. 650, ranimé au bout de 10 minutes. Suites de couches normales. L'enfant succombe quelques heures après la naissance (hémorragie buccale et nasale). B.-W. négatif chez la mère.

**OBSERVATIONS RESUMEES RECUEILLIES
A L'HOPITAL A.-BOURSIER**

Clinique obstétricale de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

(Service du Professeur ANDÉRODIAS.)

N°	BASSIN	AGE	PARITÉ et ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	DURÉE DU TRAVAIL et conduite
67	B. aplati. Psp., 40,50. Excavation spacieuse.	22	I-pare.	8 h.
71	B. R. Psp., 40,75.	19	II-pare. 1er acc., forceps pour longueur du travail.	4 h.; tête s'engage après rupture des membranes.
158	B. aplati. Psp., 40,75.	20	I-pare.	8 h.
192	B. G. R. Psp., 40,50.	25	III-pare. 1er acc., forceps à 8 mois dans l'excavation, 4 kg. 2e acc., normal, 3 kg. 500.	2 h.
278	B. R. Psp., 40,50.	20	I-pare.	6 h.
396	B. pseudo oblique ovulaire. Psp., 40,50.	31	II-pare. 1er acc., spontané, 3 kg. 460.	6 h.
447	B. R. canaliculé. Psp., 40,75. Faux prom.	21	I-pare.	13 h.
466	B. R. Promontoire accessible loin. Sacrum plat.	21	I-pare.	14 h.
560	B. R. Psp., 40,50.	30	II-pare. 1er acc., forceps pour longueur du travail; enfant décédé.	4 h.
570	B. G. R.; promontoire accessible.	29	I-pare.	50 h.
594	B. G. R.	22	I-pare.	8 h.
601	B. G. R. Psp., 40,75.	18	I-pare.	7 h.
604	B. G. R., Psp., 9,50.	24	I-pare.	7 h.
665	B. G. R.	19	I-pare.	6 h.
791	B. aplati. Psp., 40,50.	26	I-pare.	5 h.
832	B. canaliculé. 1 faux promont. à 40,50.	19	I-pare.	23 h.
843	B. vicié. Psp. 40,50.	29	I-pare.	23 h.
232	B. R., promontoire accessible, type aplati.	25	I-pare.	Col effacé.
307	B. R.	37	IV-pare. 1 avortement. 1 acc. à terme, basiotripsie. 1 cés. basse; V. B. P.	(P)
398	B. légèrement rétréci.	25	I-pare.	20 h.

RUPTURE des MEMBRANES	TERMINAISON de L'ACCOUCHEMENT	SUITES de COUCHES	ENFANT	
			POIDS	BIPARIÉTAL
Tempestive.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 200	9 cm.
A dilatation complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 330	8 cm. 6
Spontanée, précoce.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 100	9 cm. 3
Prématurée.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 300	9 cm.
Prématurée.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 900	9 cm.
Prématurée.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 170	9 cm. 3
Tempestive.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 030	8 cm. 6
Prématurée.	Forceps au D.I. pour longueur période d'expulsion.	Bonnes.	2 kg. 770	9 cm. 3
Précoce.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 640	9 cm.
Spontanée, précoce.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 640	9 cm.
Spontanée, prématurée.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 400	8 cm. 8
Tempestive.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 100	8 cm. 3
Artificielle à dilatation complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 900	8 cm. 9
Prématurée.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg.	8 cm. 3
Précoce; 1 h. après le le début du travail.	Acc. spontané.	Infection du postpartum.	2 kg. 310	8 cm. 6
Spontanée, précoce, 17 h. après le début du travail.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 400	9 cm.
A dilatation complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg.	9 cm. 3
(P)	Césarienne basse; pas d'engagement; souffrance fœtale.	Un abcès du sein.	4 kg. 350	9 cm. 4
(P)	Césarienne basse itérative.	Bonnes.	3 kg. 200	9 cm. 7
Prématurée, 36 h. avant travail.	Césarienne basse typique.	Normales.	3 kg. 730	10 cm. 1

N°	BASSIN	AGE	PARITE et ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	DURÉE DU TRAVAIL et conduite
63	B. aplati. Psp., 11.	18	I-pare.	11 h.
73	B. canaliculé. Faux promont., 10,25.	23	II-pare. 1er acc. normal.	5 h.
136	B. R. Psp., 10,50.	24	III-pare. 2 avortements antérieurs.	33 h.
291	B. aplati. Psp., 10,50.	23	I-pare.	18 h.
451	B. R. Psp., 9,50.	17	I-pare.	11 h.
458	B. R. Psp., 10,50.	23	I-pare.	10 h.
496	B. G. R. et canaliculé. Psp., 10,50. 1 faux promont.	29	II-pare. 1er acc., forceps. V. B. P.	11 h.
708	B. R.	17	I-pare.	Épreuve du travail.
718	B. R. Psp., 10,25.	24	I-pare.	79 h. (?)
730	B. R. Psp., 10.	25	II-pare. 1er acc. dystocique, enfant mort peu après.	11 h.
731	B. limite. Psp., 10,50.	27	III-pare. 1 avortement; 1 forceps à terme, enfant décédé.	3 h.
768	B. canaliculé. Psp., 10. 1 faux pro- montoire.	30	I-pare.	8 h.
772	B. R. Psp., 10.	19	I-pare.	27 h.
778	B. G. R. Psp., 10,50.	25	V-pare. 3 acc. prématurés provoqués à 8 mois et 8 mois 1/2; 2 kg. 200; V. B. P. 1 acc. gémellaire à 6 mois.	9 h.
931	B. R. 2 faux promont.	29	III-pare. 1er acc. prématuré provoqué à 8 mois; V. B. P. 2e acc. spontané; V. B. P.	4 h. Hypertonie : Morphine.
218	B. G. R. Psp., 10,75.	25	I-pare.	12 h.
245	B. canaliculé, 2 faux promont.	21	I-pare.	10 h.
256	B. G. R. Psp., 10,50.	23	I-pare.	13 h. Vient de ville.
280	B. G. R. Psp., 10,50.	19	I-pare.	13 h.
476	B. aplati et G. R. Psp., 9.	26	III-pare. 1er acc. prématuré à 8 mois; enf. décédé. 2e acc. cés. basse; enf. décédé à 1 mois de bronchite.	(?)
521	B. G. R.	25	I-pare.	24 h.
58	B. juxta-minor. Psp., 10,25. Cypho- scoliose potitique.	(?)	I-pare.	50 h. (?)

RUPTURE des MEMBRANES	TERMINAISON de L'ACCOUCHEMENT	SUITES de COUCHES	ENFANT	
			POIDS	BIPARIÉTAL
A dilatation complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 720	8 cm. 8 Hémorragie méningée. Guérison.
Tempestive.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 720	9 cm. 3
Spontanée, précoce; à grande palmaire.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 700	9 cm.
Prématurée.	Forceps dans l'excavation en D. T.	Bonnes.	3 kg. 860	9 cm. 5
A dilatation complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 450	9 cm. 4
Précoce; 5 heures après début du travail.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 700	9 cm.
Tempestive.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 900	9 cm. 5
	Forceps dans l'excavation en D. T. pour longueur période d'expulsion.	1 phlébite.	3 kg. 200	9 cm.
Petite palmaire.	Forceps à la partie haute de l'excavation.	Bonnes.	3 kg. 500	9 cm.
Précoce, à petite palmaire.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 850	9 cm. 3
A dilatation complète.	Forceps dans l'excavation.	Bonnes.	3 kg. 480	9 cm. 6
A dilatation complète.	Forceps à la partie haute de l'excavation.	Bonnes.	3 kg. 480	9 cm. 5
Prématurée.	Forceps dans l'excavation.	Bonnes.	3 kg. 850.	9 cm. Décédé le 3 ^e jour; pas d'H. M.
Tempestive.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 300	—
Précoce à 1 fr.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 900	8 cm. 7
Prématurée.	Césarienne basse, hémorragie; schock; anesthésie éther.	Décédée 6 h. après l'inter- vention.	3 kg. 700	9 cm. 4
Prématurée.	Césarienne basse.	Fébriles au début, puis très bonnes.	3 kg. 420	8 cm. 9
Spontanée, précoce, 8 h. après le début.	Césarienne basse. Membranes rompues depuis 5 h. Temp., 38° 3.	Fébriles.	3 kg. 250	8 cm. 9
Tempestive.	Césarienne basse.	Abscès de la paroi.	3 kg. 770	9 cm. 7
Non rompues.	Césarienne corporéale pendant le travail.	Fébriles.	3 kg. 440	9 cm. 9
Précoce à 2 fr.	Césarienne basse.	Fébriles.	3 kg. 110	9 cm.
Précoce; 10 heures après le début du travail.	Césarienne à 2 fr. et souffrance fœtale.	Bonnes.	2 kg. 720	8 cm. 3 Enfant mort-né.

N°	BASSIN	AGE	PARITÉ et ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	DURÉE DU TRAVAIL et conduite
231	B. G. R. Promontoire accessible à :	15	I-pare.	15 h.
339	B. R. Psp., 10,50.	28	I-pare.	13 h.
375	B. R. Psp., 10,50.	24	II-pare. Avortement à 6 mois.	5 h.
404	B. canaliculé. Psp., 9,50-10. Faux promont.	25	I-pare.	11 h. 30
697	Bassin aplati; on pensait à une césarienne.	37	I-pare.	10 h.
729	B. G. R. Psp., 10,50.	26	VI-pare. 3 acc. prématurés provoqués. V. B. P. 1 acc. prématuré gémellaire. 1 acc. normal à terme.	16 h. Hypertonie utérine : 2 morphines.
823	B. G. R. Psp., 10,75.	20	I-pare.	12 h.
273	B. G. R. Psp., 10.	19	I-pare.	13 h.
604	B. R.	20	I-pare.	(P)
814	B. légèrement rétréci. Promontoire haut.	24	II-pare. 1er acc. cés. basse après échec de l'étude du travail.	44 h.
846	B. R. Psp., 10,25.	18	I-pare.	18 h.

RUPTURE des MEMBRANES	TERMINAISON de L'ACCOUCHEMENT	SUITES de COUCHES	ENFANT	
			POIDS	BIPARIÉTAL
Spontanée précoce.	Acc. spontané; forceps à la vulve.	Bonnes.	3 kg. 060	8 cm. 1
Artificielle à dilatation complète.	Forceps dans l'excavation pour longueur période d'expulsion.	Fébriles.	3 kg. 520	8 cm. 9
Spontanée, à dilatation de 5 fr.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 300	8 cm. 9
Artificielle, à dilatation complète.	Forceps en D. P.	Bonnes.	Hémorr. méningée; décédé. 2 kg. 440	9 cm. 2
Spontanée, à 2 fr.	Forceps dans l'excavation.	Fébriles.	2 kg. 900	8 cm. 9
Spontanée, précoce.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 220	8 cm. 6
Précoce.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 430	7 cm. 9
Artificielle, à dilatation complète.	Césarienne basse après étude du travail.	Bonnes.	3 kg. 600	9 cm. 4
	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 240	9 cm. 2
Précoce, depuis 31 h. à l'intervention.	Césarienne basse itérative.	Satisfaisantes.	3 kg. 040	9 cm. 2
Artificielle, à dilatation complète.	Césarienne basse; bronchite au moment de l'intervention.	Bronchite + pneumonie.	3 kg. 160	8 cm. 9

N°	BASSIN	AGE	PARITÉ et ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	DURÉE DU TRAVAIL et conduite
1	B. G. R. Luxation congénitale double.	33	I-pare.	41 h.
40	B. R. Luxation bilatérale; légère asymétrie. Sacrum convexe. Promontoire loin.	30	II-pare. 1er acc., siège, enfant décédé; dystocie tête dernière.	3 h.
206	Bassin vicié.	46 1 2	I-pare.	20 h.
234	B. G. R. Déroit sup. très accessible.	47	I-pare.	7 h. Morphine : Hypertonie.
263	B. R. Psp., 10,50.	21	II-pare. 1er acc., mort-né.	9 h.
343	B. canaliculé.	20	I-pare.	14 h.
407	B. R. Psp., 11.	(P)	V-pare. 3 avortements + 1 prématuré.	9 h.
429	B. G. R. Psp., 10,50.	24	I-pare.	16 h.
683	B. canaliculé. Psp., 10,75.	25	I-pare.	7 h. Hypertonie : Morphine.
739	B. aplati.	40	II-pare. 1er acc., basiotripsie après échec de forceps au D. S.	7 h.
733	B. aplati pur. Psp. 10,50.	26	I-pare.	7 h.
787	B. R. Psp., 10,50.	20	I-pare.	20 h. 30.
868	B. R., Psp., 10,75.	40	II-pare. 1er acc., normal. 3 kg. 600. B.P.	7 h.
138	B. R. canaliculé. Psp., 10,50.	47 1 2	I-pare.	11 h.
153	B. R. transversalement.	22	I-pare.	20 h.
289	B. R. canaliculé.	34	VII-pare. 2 avortem., 2 acc. normaux. 1 acc. prématuré, mort-né. 1 acc. à terme, forceps, mort-né.	16 h. 30
304	Luxation congénitale. D. Psp., 10,25. Promontoire très saillant. Faux promontoire.	29	I-pare.	12 h.
490	B. R. Promontoire très accessible.	32	II-pare. 1er acc. normal. B. P.	15 h.
656	B. canaliculé. Psp., 10,50. 2 faux promontoires.	31	I-pare.	6 h.
684	B. canaliculé. 2 faux promontoires. Psp., 10,25.	25	II-pare. 1er acc., hémorr. rétro-placent.	10 h.
893	B. R. canaliculé. 1 faux promontoire à 10,50.	34	II-pare. 1 avort.; basiotripsie après échec de forceps D. S.; poids : 3 kg. 175.	5 h. Hypertonie : Spasalgine.

RUPTURE des MEMBRANES	TERMINAISON de L'ACCOUCHEMENT	SUITES de COUCHES	ENFANT	
			POIDS	BIPIRIÉTAL
Artificielle, à dilatation complète.	Forceps dans l'excavation en D. P.	Fébriles.	2 kg. 900	8 cm. 8
Spontanée, précoce.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 960	9 cm. 6
Artificielle, à dilatation complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 500	9 cm.
Spontanée, précoce, à 5 fr.	Forceps dans l'excavation pour longueur du travail.	Bonnes.	3 kg. 490	9 cm. 3
Artificielle, à dilatation complète.	Forceps à la partie supérieure pour souffrance fœtale.	Fébriles.	3 kg. 450 Hémorragie méningée; guérison.	9 cm. 3
Tempestive.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 953	8 cm. 8
Spontanée, précoce.	Forceps partie sup. de l'excavation providence du cordon.	Bonnes.	3 kg. 200	8 cm. 5
Prématurée.	Forceps pour non-rotation de la tête.	Bonnes.	3 kg.	9 cm.
Prématurée.	Forceps dans l'excavation.	Bonnes.	3 kg. 070	8 cm. 8
(?)	Forceps dans l'excavation pour souffrance fœtale.	Bonnes.	3 kg. 333	9 cm.
Artificielle, à dilatation complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 420	8 cm. 7
Spontanée, à petite palmaire.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg.	9 cm.
Spontanée, précoce.	Acc. spontané.	Bonnes.	4 kg. 400	9 cm. 5
Spontanée, précoce, - à petite palmaire.	Césarienne basse.	Lymphan- gite utérine.	4 kg.	10 cm.
Prématurée.	Césarienne basse, 30 h. après rupture des membranes	Bonnes.	4 kg.	9 cm. 3
Artificielle, à dilatation de 5 fr.	Césarienne basse.	Bonnes.	2 kg. 500	8 cm. 5
Non rompues.	Césarienne basse, à dilatation de 2 fr.	Phlébite.	3 kg. 400	9 cm.
Spontanée, prématurée.	Césarienne basse.	Lymphan- gite utérine; phlébite double.	2 kg. 800	9 cm.
Artificielle, à dilatation complète.	Césarienne basse, après 1 h. d'expulsion; tête au D.S.	Alcès- de la paroi.	3 kg. 225	9 cm. 6
Au moment de l'intervention.	Césarienne basse pour souffrance fœtale et latérocidence.	Bonnes.	2 kg. 840	9 cm. 3
Tempestive.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 450	9 cm.

N°	BASSIN	AGE	PARITÉ et ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	DURÉE DU TRAVAIL et conduite
13	B. en entonnoir. Promont. 9,50. Cypho-scoliose.	34	I-pare.	12 h.
98	B. R.	22	I-pare.	10 h.
103	B. R. Psp. 10,73.	18	I-pare.	17 h.
195	B. R.	20	I-pare.	17 h.
244	Luxation congénitale G. Bassin asymétrique canaliculé.	43	III-pare. 1 avort., 1 acc. prém., 8 mois : 2 kg. 330.	9 h.
482	B. annelé.	17	I-pare.	35 h. Hypertonie : 3 morphines.
645	B. G. R. Psp. 10,73.	25	III-pare. 2 acc. normaux.	6 h.
826	B. R. Promont. loin.	18	I-pare.	6 h.
831	B. de paralysie infantile. Psp., 10,75.	28	I-pare.	12 h.
936	B. rachitique. Faux promont.	31	III-pare. 1er acc., mort-né pendant le travail. — 2e acc., forceps pour souffrance fœtale.	11 h.
148	B. canaliculé. Psp. 10,73.	27	I-pare.	16 h.
188	B. R. Psp., 10.	32	III-pare. 1er acc., forceps à terme; mort- né. — 2e acc. spontané; en- fant, 1 k. 700.	11 h. Hypertonie : Spasalgine.
387	B. G. R. Psp., 10.	22	I-pare.	16 h.
421	B. R. Stigmates de rachitisme.	28	I-pare.	48 h. (en ville).
669	B. G. R.	27	II-pare. 1er acc., mort-né et macéré.	11 h.
779	B. R. Psp., 10,50.	19	II-pare. 1er acc., césarienne basse, 4 kg.	9 h. 30.
409	B. aplati. Psp., 10,50.	25	I-pare.	43 h. Hypertonie : Spasalgine.
569	Luxation congénitale bilatérale; ra- chitisme. Psp., 10,25.	21	I-pare.	11 h.
776	B. canaliculé. Faux promont., 9,50.	25	II-pare. 1er acc., C. corporéale. V. B. P.	12 h.
738	B. asymétrique. Luxation congéni- tale hanche gauche.	20	I-pare.	5 h.

RUPTURE des MEMBRANES	TERMINAISON de L'ACCOUCHEMENT	SUITES de COUCHES	ENFANT	
			POIDS	RIPARIÉTAL
Prématurée.	Forceps dans l'excavation.	Congestion des bases.	3 kg. 260	8 cm. 5
Artificielle, à dilatation complète.	Forceps partie sup. de l'excavation pour souffrance fœtale.	Fébriles	3 k. 400	9 cm. 5
Tempestive.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 900	8 cm. 6
Artificielle, à dilatation complète.	Forceps dans l'excavation en D. T.	Bonnes.	3 kg.	9 cm. 4
Prématurée.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 230	8 cm. 7
Spontanée, précoce à gr. palmaire.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 020	8 cm. 9
Artificielle, à dilatation complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 170	10 cm.
Artificielle, à dilatation complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 100	9 cm.
Prématurée.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg.	9 cm. 4
Spontanée, précoce.	Acc. spontané.	Lymphan- gite mammaire.	2 kg. 870	8 cm.
Spontanée, précoce.	Césarienne basse pour souffr. fœtale.	Bonnes.	3 kg. 030	9 cm. 5
Prématurée.	Césarienne basse.	Bonnes.	2 kg. 600	9 cm. 2
Rupture artificielle à dilatation complète.	Césarienne basse rachi.	Complica- tions pulmo- naires.	2 kg. 770	9 cm.
Prématurée.	Césarienne basse après échec de forceps en ville. Temp. : 38°7.	Décédée 48 h., péritonite.	3 kg. 630 Décédé 36 heures. Fracture du crâne.	
A dilatation complète.	Césarienne basse.	Décès 14e jour, embolie pulmon.	3 kg. 400	9 cm.
Prématurée.	Césarienne basse itérative.	Bonnes.	3 kg. 800	9 cm. 5
Prématurée.	Césarienne basse.	Abcès de la paroi.	3 kg. 150	(p)
Au moment de l'intervention.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 160	9 cm. 6
Prématurée.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 100	9 cm. 3
Artificielle, à dilatation complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg.	8 cm. 4

N°	BASSIN	AGE	PARITÉ et ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	DURÉE DU TRAVAIL et conduit
99	B. aplati; promont. très accessible.	33	II-pare. 1er acc. normal. B. P.	32 h. Hypertonie Morphine.
172	B. R. Promontoire facilement accessible.	19	I-pare.	8 h.
273	B. aplati. Psp., 10,75.	21	I-pare.	13 h. 30.
383	B. annelé. Psp., 10.	23	II-pare. 4er acc. normal.	9 h.
464	B. aplati, canaliculé. Psp., 10,50.	21	II-pare. 1er acc., césarienne basse après épreuve du travail, 3 kg. 160. B. P.	3 h. 30
506	B. G. R. Psp., 10,50.	31	VIII-pare. 7 acc. normaux, mais 2 mort-nés. I-pare.	61 h. Inertie : Quinine. 37 h. Morphine.
580	B. R. Psp., 10,50.	19	II-pare. 1er acc. spontané, 2 kg. 500.	47 h.
506	B. R. Promontoire accessible.	22	V. B. P. II-pare.	48 h.
660	B. R. Promont. facilement access.	30	1er acc. normal, 2 kg.	5 h.
667	B. G. R.	29	III-pare. 2 acc. normaux.	40 h.
687	B. G. R. Psp., 10,50.	30	III-pare. 4er acc. normal; V. B. P. 2e acc., forceps; mort-né.	40 h.
702	B. R. aplati. Psp., 10,50.	30	II-pare. 1er acc. spontané, 8 mois 1/4 : 2 kg. 665.	Très longue.
794	B. R. canaliculé. Tout le sacrum est accessible.	35	I-pare.	22 h. 30
808	B. G. R. Psp., 10,25.	21	I-pare.	47 h. 30
829	B. G. R. Psp., 10,50.	24	II-pare. 1er acc., forceps, hypertonie.	44 h.
877	B. G. R. Psp., 10,50.	29	I-pare.	42 h.
888	B. G. R. Psp., 10.	17 1/2	I-pare.	8 h. 30
946	B. R. Psp., 10,50.	28	VI-pare. 5 acc. spontanés.	25 h. Hypertonie : Morphine.
966	B. R. Psp., 10,75.	21	I-pare.	21 h. Hypertonie : Morphine.
16	B. G. R. Psp., 10.	24	I-pare.	24 h. 30. Hypertonie : 3 morphines.
42	B. R. Psp., 10,50.	20	I-pare.	18 h. 30
207	B. G. R. Promontoire accessible.	24	I-pare.	25 h. Hypertonie : Morphine.
226	B. G. R. rachitique. Psp., 10.	29	I-pare.	5 h. 25 h.
463	B. G. R. Psp., 10.	26	I-pare.	7 h.
482	B. canaliculé. Psp., 10,50.	30	I-pare.	49 h.
642	B. canaliculé. Psp., 10,50. Faux promontoire.	27	III-pare. 1er acc., césarienne pour B. R. et procidence du cordon. 2e acc., avortement.	8 h.
675	B. G. R. Psp., 10,50.	26	I-pare.	11 h. 30
681	B. G. R. Psp., 10,25.	30	III-pare. 1er acc., forceps D. S.; H. M., enfant décédé, 3 kg. 2e acc., césarienne basse.	22 h.
688	B. G. R.	26	I-pare.	
788	B. R. aplati. Psp., 10,50.	21	I-pare.	
804	B. R. Psp., 10,50.	20	I-pare.	

RUPTURE des MEMBRANES	TERMINAISON de L'ACCOUCHEMENT	SUITES de COUCHES	ENFANT	
			POIDS	BIPARIÉTAL
Précoc.	Acc. spontané. Temp., 38°.	Bonnes.	3 k. 300	9 cm.
Prématurée.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 k. 300	9 cm.
Précoc., à 1 fr.	Acc. spontané.	Lymphan- gite utérine.	3 k. 300	9 cm. 5
Spontanée, précoc.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 k. 200	9 cm. 2
Artificielle, à dilatation complète.	Forceps dans excavation en G. T.	Fébriles.	3 k. 340	9 cm.
Rupture artificielle à 5 fr.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 k. 170.	?
Rupture, à dilatation complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 k. 180	8 cm. 8
Artificielle, à dilatation complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg.	9 cm. 2
Artificielle, à dilatation complète.	Forceps en D. T.	Bonnes.	3 kg. 480	9 cm. 6
Prématurée.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 590	9 cm.
Prématurée.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 940	9 cm. 2
Prématurée.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 060	9 cm. 2
Artificielle, à 2 fr.	Forceps dans l'excavation après incision du col.	Bonnes.	3 kg. 280	8 cm.
Artificielle, à dilatation complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 630	8 cm. 7
Artificielle, à dilatation de 5 fr.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 600	9 cm.
Artificielle, à dilatation complète.	Forceps dans l'excavation.	Endo- métrite.	3 kg. 940	9 cm.
Artificielle, à dilatation complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 690	8 cm. 5
Tempestive.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 400	9 cm. 8
Prématurée.	Forceps en G. T. dans l'excavation.	Bonnes.	3 kg. 740	9 cm. 8
Artificielle, précoc à 1 fr.	Césarienne basse.	Congestion pulmonaire.	3 kg. 450	9 cm. 5
Prématurée.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 400	10 cm.
Artificielle, à dilatation complète.	Césarienne basse.	Bonnes.	2 kg. 920	9 cm. 6
Précoc.	Césarienne basse à 2 fr.	Bonnes.	2 kg. 900	9 cm. 3
Intactes.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 700	10 cm.
Prématurée.	Césarienne basse, infection amniotique.	Abcès paroi.	3 kg. 640	9 cm. 5
Spontanée, précoc à dilat. de 1 fr.	Césarienne itérative pour procidence du cordon.	Satisfai- santes.	3 kg. 300	8 cm. 5
Prématurée.	Césarienne basse à dilat. de 5 fr.	Bonnes.	2 kg. 930	9 cm. 5
Artificielle, à dilatation complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 980	8 cm. 9
Précoc., à 1 fr.	César. corporéale torsion utérus; extériorisation.	Bonnes.	3 kg. 200	9 cm. 8
Rupture précoc au début du travail.	Césarienne basse; début d'infection amniotique.	Abcès pelvien + broncho- pneumonie.	3 kg. 300	8 cm. 6
Non rompues.	Césarienne basse.	Guérison. Bonnes.	4 kg. 400	10 cm. 2

N°	BASSIN	AGE	PARITÉ et ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	DURÉE DU TRAVAIL et conduite
23	B. G. R. Psp., 10,75.	28	V-pare. 3 acc. normaux. 1 prématuré.	4 h. 43
39	B. G. R. Psp., 10,50.	17	I-pare.	14 h. Légère hypertonie : Morphine.
49	B. canaliculé. Psp., 10,50.	27	III-pare. 1 ^{er} acc. normal, 3 kg. 700; V. B. P. 2 ^e acc., épaule; V. B. P., 3 kg. 400.	18 h.
240	B. R. Psp., 10.	30	II-pare. 1 ^{er} acc. forceps, 2 kg. 800; décédé 2 h. après.	8 h. 30
347	B. canaliculé. Psp., 11. Faux pro- mont.	39	II-pare. 1 ^{er} acc. forceps; enf. V. B. P.	10 h.
407	B. R. Psp., 10,75.	26	I-pare.	15 h.
492	B. R. Psp., 10,50.	27	IV-pare. 2 acc. normaux, V. B. P. 1 prématuré 8 mois, V. B. P.	11 h.
330	B. canaliculé. Psp., 10.	26	II-pare. 1 ^{er} acc. césarienne basse pour épaule, 3 kg. 400.	20 h.
606	B. canaliculé. Psp., 10,50. Faux pro- mont.	37	III-pare. 2 acc. normaux, 2 kg. 500 et 2 kg. 680.	16 h.
641	B. R. Promont. accessible.	21	I-pare.	53 h.
630	B. R. Psp., 10,75.	22	II-pare. 1 ^{er} acc., normal.	11 h.
631	B. R. Psp., 10,75.	31	III-pare. 1 ^{er} acc. à terme. 2 ^e acc., basiotripsie 7 ^e mois.	14 h. 30
636	B. R. Psp., 10.	23	III-pare. 1 ^{er} acc., forceps, 2 kg. 500; V. B. P. 2 ^e acc. normal, siège.	8 h.
883	B. R. Psp., 10,75.	19	I-pare.	16 h.
913	B. G. R. dans toutes ses dimensions.	23	I-pare.	16 h.
966	B. R. Psp., 10,50.	19	I-pare.	47 h.
1001	B. R. Psp., 10,50.	22	III-pare. 2 acc. à terme; V. B. P. 1 prématuré à 7 mois, décédé.	5 h.
12	B. canaliculé.	26	I-pare.	36 h.
302	B. R. canaliculé. Psp., 10,50.	38	II-pare. 1 ^{er} acc. forceps haut, 2 kg. 700; V. B. P.	16 h.
779	B. G. R. Psp., 10,50.	38	II-pare. 1 ^{er} acc., gémellaire : décédé.	6 h.
914	B. R. Psp., 11.	22	II-pare. 1 ^{er} acc., normal, 2 kg. 900; B. P., 8 cm. 9.	33 h.

RUPTURE des MEMBRANES	TERMINAISON de L'ACCOUCHEMENT	SUITES de COUCHES	ENFANT	
			POIDS	BIPARIÉTAL
Spontanée, précoce.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 530	8 cm. 7
Artificielle, à dilatation complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 470	9 cm. 2
Artificielle, à dilatation complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 450	8 cm. 8
Artificielle, à dilatation complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 350	8 cm. 5
Spontanée, précoce.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 860	9 cm. 3
Prématurée, précoce.	Forceps dans l'excavation en D. T.	Bonnes.	4 kg. 450	9 cm. 6
Prématurée.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 690	8 cm. 9
Artificielle, à petite palmaire.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 700	8 cm. 5
Artificielle, à dilatation complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 720	8 cm. 4
Artificielle, à grande pal- maire pour longueur du travail.	Forceps dans l'excavation.	Bonnes.	3 kg. 940	9 cm. 9
Artificielle, à dilatation complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 900	9 cm. 8
Artificielle, à dilatation complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 700	7 cm. 7
Prématurée.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 700	8 cm. 2
A dilatation complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 270	9 cm. 6
Artificielle, à grande palmaire.	Forceps dans l'excavation pour souffrance fœtale.	Bonnes.	2 kg. 440	8 cm. 9
Artificielle, à petite palmaire.	Forceps dans l'excavation, grandes incisions du col.	Bonnes.	3 kg. 620	8 cm. 7
Spontanée précoce.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 370	9 cm. 7
Infection amniotique.	Césarienne basse; vient de ville.	Bonnes.	4 kg.	9 cm.
Spontanée précoce.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 950	9 cm. 5
A grande palmaire.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 690	9 cm. 4
Spontanée précoce.	Césarienne basse; brièvement absolue du cordon.	Bonnes.	3 kg. 620	9 cm. 5

N°	BASSIN	AGE	PARITÉ et ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	DURÉE DU TRAVAIL et conduite
221	B. G. R. Psp., 10,50.	22	II-pare. 1 ^{re} acc., césarienne basse, siège, 4 kg. 150; V. B. P.	42 h. Hypertonie, 2 morphines.
224	B. R. Psp., 11.	29	II-pare. 1 ^{re} acc. prématuré à 8 mois; V. B. P.	42 h. 30
228	B. G. R. Psp., 10,50.	31	III-pare. 1 ^{re} acc. prématuré, 8 mois. 2 ^e acc. normal.	44 h.
446	Luxation congénitale. Psp., 10. B. asymétrique.	23	I-pare.	36 h.
383	B. canaliculé. Faux promont. à 9,50.	32	II-pare. 1 ^{re} acc., césarienne basse; V. B. P.	43 h.
609	B. canaliculé. Psp., 10,50.	27	I-pare.	45 h. Spasmalgine.
624	B. R. Psp., 10,50.	31	III-pare. 1 ^{re} acc. prématuré provoqué, 8 mois, 2 kg. 450, décédé à 25 jours. 2 ^e acc., césarienne basse, 3 kg. 070; V. B. P.	46 h. 20 Spasmalgine.
777	B. R. Psp., 10,50.	29	V-pare. 3 acc. normaux. 1 prématuré.	43 h.
832	B. canaliculé. Psp., 11.	26	I-pare.	9 h. 45
896	B. canaliculé. Psp., 10.	25	IV-pare. 1 siège, décédé à la naissance. 2 acc. normaux; V. B. P., 3 kg. et 3 kg. 110.	42 h. Quinine.
166	B. R. Psp., 11.	25	I-pare.	40 h.
183	B. R. Psp., 10,50.	24	I-pare.	49 h. 30
233	B. G. R. Psp., 11.	21	I-pare.	27 h.
263	B. R. Psp., 10,75.	26	I-pare.	43 h.
307	B. R. Psp., 10,50.	33	I-pare.	5 h. 30
485	B. canaliculé. Psp., 10,50. 2 faux promont.	24	I-pare.	6 h.
503	B. R. Psp., 11.	30	I-pare.	24 h. Hypophyse.
644	B. R. Promont. accessible.	32	II-pare. 1 ^{re} acc., forceps, 4 kg. 500; V. B. P.	40 h.
646	B. R. Promontoire facilement ac- cessible.	31	I-pare.	46 h.
736	B. légèrement rétréci.	33	III-pare. 1 ^{re} acc., forceps; V. B. P. 2 ^e acc., décédé pendant l'extraction.	30 h.
762	B. R. très vicie.	24	I-pare.	42 h.
831	B. R. Psp., 10,50.	22	II-pare. 1 ^{re} acc., césarienne basse prophylactique, 4 kg. 100.	41 h.
887	B. R. Psp., 10.	19	I-pare.	45 h.

RUPTURE des MEMBRANES	TERMINAISON de L'ACCOUCHEMENT	SUITES de COUCHES	ENFANT	
			POIDS	BIPARIÉTAL
Artificielle, à petite palmaire.	Forceps en O. P.	Bonnes.	3 kg. 300	9 cm. 4
Spontanée, précoce.	Forceps dans l'excavation.	Bonnes.	3 kg. 420	9 cm. 5
Artificielle, à dilatation complète.	Acc. spontané.	Satis-faisantes.	3 kg. 140	9 cm. 6
Spontanée, précoce.	Forceps dans l'excavation pour fatigue maternelle.	Bonnes.	3 kg. 600	9 cm. 3
Spontanée, à dilatation de petite palmaire.	Forceps à la partie supérieure de l'excavation.	Bonnes.	2 kg. 600	9 cm. 4
Spontanée, précoce.	Forceps partie haute de l'excavation après dilatation manuelle.	Satis-faisantes.	3 kg. 250	8 cm. 7
Spontanée, précoce.	Acc. spontané.	Satis-faisantes.	3 kg. 050	8 cm. 6
Prématurée.	Acc. spontané.	Complicat. pulmonaire.	2 kg. 720	9 cm.
Spontanée, à dilatation de 5 fr.	Acc. spontané.	Phlébite droite.	4 kg. 020	10 cm. 5
Artificielle, à dilatation complète.	Acc. spontané.	Satis-faisantes	2 kg. 990	9 cm. 3
Artificielle, à petite palmaire.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 750	10 cm.
Artificielle, à dilatation complète.	Césarienne basse pour souffrance fœtale.	Bonnes.	3 kg. 640	9 cm. 5
Artificielle, à dilatation de 2 fr. pour dilatation stationnaire.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 800	10 cm. 2
Spontanée, prématurée.	Césarienne basse.	Bonnes.	4 kg. 160	9 cm. 4
Prématurée, précoce.	Césarienne basse pour souffrance fœtale.	Bonnes.	3 kg. 780	10 cm. 1
Non rompues.	Césarienne basse.	Fébriles au début.	2 kg. 700	8 cm. 6
Précoce.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 810	9 cm. 1
Spontanée, précoce.	Césarienne basse après tentative de forceps au D. S.	Phlébite des 2 membres inf.	3 kg. 610	9 cm. 4
Spontanée, précoce.	Césarienne basse.	Satis-faisantes.	2 kg. 510	9 cm.
Prématurée.	Césarienne basse 32 h. après l'ouverture de l'œuf.	Décédé le lendemain.	4 kg. 300	9 cm. 9
Prématurée; infection amniotique.	Césarienne basse, non-engag. de la tête.	Décédée 12 ^e jour, septicémie à strepto. hémolytiques.	2 kg. 750	8 cm. 2
Artificielle, petite palmaire.	Césarienne basse itérative.	Bonnes.	4 kg. 160	9 cm. 8
Précoce.	Césarienne basse tardive; poche d'eau rompue depuis 8 h. Temp., 38°5.	Pelvi. péritonite.	4 kg. 100	10 cm.

N°	BASSIN	AGE	PARITÉ et ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	DURÉE DU TRAVAIL et conduite
40	B. R. canaliculé. Psp., 10,75.	23	I-pare.	8 h. 30
76	B. G. R. Psp., 10,50.	21	II-pare. 1 ^{er} acc., forceps; incisions du col; V. B. P.	14 h.
161	B. canaliculé. Psp., 10,50.	23	II-pare. 1 ^{er} acc. normal.	8 h.
260	B. rachitique. B. G. R. Psp., 10.	30	II-pare. 1 ^{er} acc. spontané, 2 kg. 950; siège; V. B. P.	12 h.
294	B. R.	26	II-pare. 1 ^{er} acc. normal, 3 kg. 500. 2 ^e acc., césarienne basse, dilat. stationnaire, 4 kg. 090. B. P.	8 h. 30
44	B. canaliculé. Psp., 10,50.	28	II-pare. 1 ^{er} acc., césarienne pour dilatation stationnaire, 3 kg.; V. B. P.	9 h.
864	B. G. R. Psp., 9,50.	19	VI-pare. 4 acc. normaux. 1 mort-né.	4 h.
913	B. canaliculé. Promont. aigu, 10,25.	32	II-pare. 1 ^{er} acc., basiotripsie, 3 kg. 250. Epreuve du travail mal surveillée.	9 h.
970	B. canaliculé. 1 faux promont. Psp., 10,30.	26	II-pare. 1 ^{er} acc., fille 3 kg. 800; V. B. P.	6 h.
263	B. légèrement rétréci.	28	II-pare. 1 ^{er} acc., césarienne basse, 2 kg. 960; V. B. P.	13 h.
286	B. légèrement rétréci; promont. accessible loin.	19	I-pare.	12 h. Spasmodique + morphine.
320	B. canaliculé. Psp., 10.	23	I-pare.	24 h.
378	B. canaliculé. Faux promont. à 9 cm.	19	I-pare.	12 h.
619	B. G. R. Psp., 9.	20	1 ^{er} acc. normal, 2 kg. 650. Bip., 8,5.	10 h.
669	B. G. R. Psp., 10,50.	28	II-pare. 1 ^{er} acc., césarienne basse, 2 kg. 960.	6 h. Dilatation de 2 fr.
727	B. canaliculé. Psp., 9,50.	23	V-pare. 4 forceps; 2 mort-nés. 2 bien portants.	9 h.
748	B. légèrement rétréci.	33	III-pare. 1 ^{er} acc. au forceps, décédé au bout de 48 h. 2 ^e acc., fille mort-née.	(?)
871	B. légèrement rétréci, Promont. ac- cessible loin.	30	II-pare. 1 ^{er} acc., enfant décédé pendant le travail.	8 h.
941	B. canaliculé. Psp., 10,25. Promont. aigu.	32	III-pare. 1 ^{er} acc., forceps; hypertonie; latérocidence; enfant décédé. 2 ^e acc., version pour épaule, 2 kg. 385; V. B. P.	3 h. 30
951	B. G. R. Psp., 10,50.	24	III-pare. 1 ^{er} acc., cés. basse, 3 kg. 400; bip., 10 cm.; 2 ^e acc. spontané, 3 kg. 500; bip., 9 cm. 9.	18 h. 30
962	B. canaliculé. Psp., 10,50. 2 faux promont.	24	I-pare.	18 h. 30
994	B. R. Promont. accessible loin.	23	III-pare. 1 ^{er} acc. normal. 2 ^e acc., 1 avortement.	20 h. Hypertonie: morphine.

RUPTURE des MEMBRANES	TERMINAISON de L'ACCOUCHEMENT	SUITES de COUCHES	ENFANT	
			POIDS	BIPARIÉTAL
Prématurée.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 800	9 cm.
Artificielle, à dilatation complète.	Forceps à la partie sup. de l'excavation pour longueur période d'expulsion.	Bonnes.	3 kg. 480	9 cm. 5
Tempestive.	Acc. spontané.	Satis- faisantes.	3 kg.	9 cm. 4
Prématurée.	Forceps dans l'excavation.	Bonnes.	3 kg. 200	8 cm. 6
Artificielle, à petite palmaire.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 700	10 cm.
Spontanée, précoce, à 1 fr., 4 h. après le début.	Forceps dans l'excavation.	Bonnes.	3 kg. 850	9 cm. 5
Prématurée.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 030	8 cm. 8
Artificielle, à dilatation complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 500	9 cm. 3
Artificielle, à dilatation complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 330	9 cm. 2
Spontanée, précoce.	Césarienne basse itérative; anomalie de la dilatation.	Bonnes.	3 kg. 700	9 cm. 6
Prématurée.	Césarienne basse pour souffrance fœtale à dilatation de 2 fr.	Endo- métrite.	3 kg. 480	9 cm. 6
Spontanée, à petite palmaire.	Césarienne basse; anomalie de la dilatation.	Bonnes.	2 kg. 800	9 cm. 2
Artificielle, à dilatation complète.	Césarienne basse.	Bonnes.	2 kg. 630	9 cm.
8 h. avant dilatation com- plète.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 170	9 cm. 5
Non rompus.	Césarienne basse. Σ + albuminurie.	Bonnes.	2 kg. 660	9 cm.
Rupture artificielle, à petite palmaire.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg.	9 cm. 6
A son entrée, dilatation complète, rupture des membranes.	Césarienne basse, souffrance fœtale.	Complicat. pulmo- naires (rachi).	4 kg. 220	10 cm.
Artificielle, à dilatation complète.	Césarienne basse.	Endo- métrite.	3 kg. 100	9 cm. 4
Artificielle, à dilatation complète.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 570	9 cm. 5
Artificielle, à dilatation complète.	Césarienne basse itérative.	Bonnes.	4 kg. 160	9 cm. 3
Artificielle, à dilatation complète.	Césarienne basse après tentatives de forceps élevé.	Bronchite.	3 kg. 900	10 cm. 3
9 h. après début du travail, à dilat. grande palmaire.	Césarienne basse.	Bonnes.	4 kg. 030	9 cm. 8

N°	BASSIN	AGE	PARITÉ et ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	DURÉE DU TRAVAIL et conduite
8	G. R. Psp., 10,50.	28	I-pare.	48 h. Hypertonie : morphine.
33	B. G. R., Psp., 10,50.	30	I-pare.	48 h.
191	B. canaliculé. Psp., 10.	26	II-pare. 1 ^{re} acc. normal, 2 kg. 150.	48 h. Morphine.
266	B. R. Psp., 10.	26	IV-pare. 2 acc. normaux, 1 acc. forceps; décédé pendant travail.	2 h. 30
295	B. G. R. Psp., 10.	25	II-pare. 1 ^{re} acc., forceps dans excavation, 2 kg. 440; légère H. M.	44 h.
343	B. R. Psp. loin.	24	I-pare.	48 h.
421	B. R. Psp., 10,50.	22	I-pare.	8 h.
523	B. canaliculé. Psp., 10.	25	II-pare. 1 ^{re} acc., cés. basse, siège; 2 kg. 800.	14 h.
535	B. R. Psp., 10,50.	24	I-pare.	25 h.
631	B. R. Psp., 10,50.	29	IV-pare. 1 ^{re} acc., cés. basse, 3 kg. 780. B. P. 2 ^o acc., forceps, 3 kg. 110; 3 ^o acc. spontané, 3 kg. 540.	47 h.
861	B. G. R. Psp., 10,50.	25	II-pare. 1 ^{re} acc., forceps, 2 kg. 750.	46 h. Légère hypertonie. Morphine.
35	B. R. Promont. accessible.	33	IV-pare. 1 ^{re} acc., dilatation au ballon, forceps, 3 kg. 500. 2 ^o acc., forceps, 3 kg. 500. 3 ^o acc., cés. basse, 3 kg. 500.	9 h. Morphine.
162	B. légèrement rétréci.	28	II-pare. 1 ^{re} acc. prématuré; décédé.	35 h. Hypertonie.
274	B. canaliculé. Psp., 9,50.	24	I-pare.	30 h.
280	B. rachitique canaliculé. Psp., 10,50.	24	I-pare.	34 h. Hypertonie. Morphine.
284	B. canaliculé. Psp., 10.	48	I-pare.	45 h.
286	B. G. R. Psp., 10,50.	32	II-pare. 1 ^{re} acc., cés. basse, 4 kg. 500. V. B. P.	12 h.
297	B. R. Psp., 10,50.	25	I-pare.	20 h. 30
331	B. canaliculé. Psp., 10,50.	27	III-pare. 1 ^{re} acc., cés. basse au début du travail pour souffrance fœtale, 3 kg. 2 ^o acc., cés. basse, 3 kg. 770; siège.	3 h.
477	B. canaliculé. Psp., 10.	24	II-pare. 1 ^{re} acc. normal; enfant mort; procidence.	5 h. 30 Inertie. 4/2 cm ³ d'hypophyse
538	B. canaliculé. Psp., 10,75. 2 faux promont.	23	II-pare. 1 avortement.	43 h. Légère hypertonie. spasmodique.
718	B. R. Psp., 10,25.	24	III-pare. 1 ^{re} acc., 2 kg. 600 V. B. P. 2 ^o acc., cés., 3 kg. 450; brièveté du cordon.	7 h. 30
678	B. canaliculé. Psp., 10. 2 faux pro- mont.	27	I-pare.	33 h. 30 Légère hypertonie. Morphine.
687	B. canaliculé. Promont. accessible loin.	29	IV-pare. 1 ^{re} acc., enf. décédé pendant le travail. 2 ^o acc., forceps, 3 kg. 850. 3 ^o acc., forceps, 2 kg. 850.	46 h. Hypertonie, 2 morphines.
174	B. coxalgique; cuisse en adduction.	48	I-pare.	49 h.
880	B. canaliculé.	24	I-pare.	Dilat. de 1 fr. 27 h.

RUPTURE des MEMBRANES	TERMINAISON de L'ACCOUCHEMENT	SUITES de COUCHES	ENFANT	
			POIDS	BIPARIÉTAL
Précoce, 34 h. après le début du travail.	Forceps dans l'excavation en D. P.	Bonnes.	3 kg. 180	9 cm. 4
Artificielle, à dilatation petite paume.	Forceps partie moyenne excavation en D. P.	Bonnes.	3 kg. 840	8 cm. 4
Artificielle, à grande palmaire.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 420	9 cm. 3
Tempestive.	Forceps dans l'excavation pour gros enfant.	Bonnes.	4 kg. 050	10 cm.
Prématurée.	Forceps à la partie moyenne de l'excavation pour souffrance fœtale.	Bonnes.	3 kg. 620	9 cm.
Spontanée, au début du travail.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 310	9 cm. 5
Tempestive.	Forceps en D. P.; partie moyenne de l'excavation.	Bonnes.	2 kg. 100	8 cm. 1
Artificielle, à dilatation complète.	Forceps au D. I.	Hémorragie secondaire.	3 kg. 400	9 cm.
Prématurée.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 200	9 cm.
Prématurée.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 400	9 cm. 3
Artificielle, à dilatation complète.	Forceps en G. T. pour souffrance fœtale.	Bonnes.	3 kg. 100	9 cm.
Non rompues.	Césarienne basse pour souffrance fœtale.	Phlébite.	3 kg. 180	9 cm. 7
Artificielle, à 2 fr.	Césarienne basse pour anomalie de la dilatation.	Bonnes.	3 kg. 820	10 cm. 5
Prématurée.	Césarienne basse.	Apyrétiques.	3 kg. 250	9 cm.
Artificielle, à 2 fr.	Césarienne basse pour souffrance fœtale.	Apyrétiques.	3 kg. 110	9 cm. 2
Précoce, 8 h. après le début.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 660	9 cm. 5
Prématurée.	Césarienne basse; anomalie de dilatation.	Bonnes.	4 kg. 220	10 cm. 3
Prématurée.	Césarienne basse.	Endométrite.	3 kg. 530	9 cm. 5
Non rompues.	Césarienne basse itérative; pour non-dilatation + souffrance fœtale; stérilisation.	Bonnes.	3 kg. 310	10 cm.
Artificielle, à dilatation complète.	Césarienne basse pour gros enfant.	Bonnes.	4 kg. 260	10 cm. 2
Tempestive.	Césarienne basse; tentative de forceps.	Légèrement fébriles.	3 kg. 100	9 cm. 6
Artificielle, à dilatation complète.	Césarienne itérative.	Bonnes.	3 kg. 650	10 cm.
24 h. après le début du travail; à dilatation de 5 fr.	Césarienne basse.	Phlegmatia alba dolens.	3 kg. 530	9 cm. 5
Prématurée.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 260	8 cm. 5
Prématurée.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg.	10 cm. 2
Artificielle, à dilatation de 1 fr.	Césarienne basse pour souffrance fœtale.	Bonnes.	3 kg. 100	9 cm.

Spécificité.

N°	BASSIN	AGE	PARITÉ et ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	DURÉE DU TRAVAIL et conduite
21	B. R. Psp., 10,50.	22	I-pare.	6 h.
158	B. canaliculé. Psp., 10,50.	22	II-pare. 1 ^{re} acc., cés. basse; siège + anomalie de la dilat.	11 h.
168	B. G. R. Psp., 10,25.	33	IV-pare. 2 acc. forceps, 3 kg. 410 et 3 kg. 420. V. B. P. 1 for- ceps au D. S.; paralysie fa- ciale + H. méningée.	12 h.
170	B. R. Psp., 11.	27	III-pare. 1 ^{re} acc. spontané, 4 kg. 020; phlébite. 2 ^{re} acc., avortement.	8 h.
239	B. canaliculé. 1 faux promont.	34	V-pare. 3 acc. normaux, 3 kg. 100 à 3 kg. 500. 1 forceps; V. B. P.	5 h.
268	B. Canaliculé. Psp. loin. 2 faux pro- mont.	22	I-pare.	9 h.
378	B. canaliculé. Psp., 10,50. 1 faux promont.	26	I-pare.	(?)
400	B. R. Psp., 10,50.	24	I-pare.	11 h.
783	B. G. R. canaliculé. Psp., 9,50.	33	I-pare.	26 h.
444	B. G. R. Psp., 10.	22	I-pare.	33 h. Hypertonie : Morphine.
163	B. légèrement rétréci. Promont. loin.	23	I-pare.	42 h. 4 cm ³ morphine.
392	B. canaliculé. Psp., 10,25.	23	II-pare. 1 ^{re} acc., forceps G. T. partie haute, excavation, 3 kg. 500.	29 h.
445	B. légèrement rétréci. Psp., 11.	34	III-pare. 1 ^{re} grossesse extra- utérine; 2 ^{re} acc., forceps D. S., 3 kg. 500. Bip., 9 cm.	20 h. 15
497	B. canaliculé. Psp., 10,75. Plusieurs faux promont.	21	I-pare.	18 h.
635	B. canaliculé. Plusieurs faux pro- mont.	22	I-pare.	24 h. Hypertonie : Spasalgine.
655	B. canaliculé. B. R. Psp., 10,50.	32	III-pare. 1 ^{re} acc. prématuré 8 mois; forceps; enfant dé- cédé; 2 ^{re} acc., basiotripsie; mort <i>in utero</i> .	18 h.
752	B. R. Promont. accessible loin.	21	I-pare.	30 h.

RUPTURE des MEMBRANES	TERMINAISON de L'ACCOUCHEMENT	SUITES de COUCHES	ENFANT	
			POIDS	BIPARIÉTAL
Tempestive.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 960	9 cm. 5
Artificielle, à 2 fr.	Forceps en G. T.	Bonnes.	3 kg. 570	9 cm. 7
Artificielle, à dilatation complète.	Forceps en D. P., partie supé- rieure de l'excavation pour souffrance fœtale.	Lymphan- gite utérine.	3 kg. 350	9 cm. 9
Prématurée.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 240	9 cm. 5
Prématurée.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 540	9 cm.
Artificielle, à dilatation complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 020	9 cm.
(?)	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 400	9 cm.
Très précoce.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 020	9 cm. 5
7 h. après le début du travail.	Forceps en D. T.	Bonnes.	3 kg. 300	9 cm. 4
Précoce, à dilatation 5 fr.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 310	9 cm. 2
Prématurée.	Césarienne basse après échec de forceps au D. S.	Bonnes.	3 kg. 700 Paralysie	9 cm. 2 faciale.
Prématurée.	Césarienne basse; anomalie de la dilatation.	Endo- métrite.	3 kg. 440	9 cm. 5
Artificielle, à dilatation complète.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 880	10 cm.
Précoce, 3 h. après le début du travail.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 900	10 cm. 2
9 h. Artificielle, à 1 fr.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 500	10 cm.
(?)	Césarienne basse. Aucun progrès dans la dilatation	Bonnes.	3 kg. 400	10 cm.
Précoce.	Césarienne basse.	Bonnes.	4 kg. 070	9 cm. 7

N°	BASSIN	AGE	PARITÉ et ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	DURÉE DU TRAVAIL et conduite
129	B. asymétrique. Psp., 10,50.	18	I-pare.	29 h. Hypertonie : Spasmalgine.
122	B. G. R. canaliculé. Psp., 10,50.	26	I-pare.	22 h.
449	B. canaliculé. Psp., 10.	22	I-pare.	18 h.
160	B. R. canaliculé. Psp., 10.	20	I-pare.	41 h. 3 injections de 1/2 cm ³ d'hypophyse pour inertie.
206	B. légèrement rétréci, mais sacrum redressé.	18	I-pare.	53 h.
226	B. canaliculé. Psp., 10,25. Faux pro mont.	27	IV-pare. 1 ^{er} acc., cés. basse, 3 kg. 160; bip., 8 cm. 9. 2 ^e acc., forceps, 3 kg. 330; bip., 9 cm.; 3 ^e avortement.	7 h. 30
251	B. R. Psp., 10,50.	49	I-pare.	45 h. 20 Légère hypertonie.
369	B. annelé. Psp., 10.	29	I-pare.	26 h. Hypertonie : Morphine.
372	B. G. R. canaliculé. Psp., 10,75. Faux promont.	49	I-pare.	49 h.
562	Luxation congénitale dr. Bassin asy métrique canaliculé. Psp., 10.	21	I-pare.	41 h.
395	B. G. R. Psp., 10,50.	29	I-pare.	45 h. 30
627	B. R. Psp., 10.	23	I-pare.	22 h. 30
773	B. canaliculé. Psp., 10,75. Faux pro mont.	21	II-pare. 1 ^{er} acc., forceps, 3 kg. 280; déchirure complète du périnée.	6 h.
840	B. R. Psp., 10,50.	34	I-pare.	42 h.
80	B. G. R. Psp., 10,50.	23	I-pare.	42 h.
958	B. G. R. canaliculé. Psp., 10.	47	I-pare.	23 h. 30
14	Luxation congénitale double com pliquée de rachitisme; canaliculé.	29	I-pare.	42 h.
31	B. canaliculé. Psp., 10,50.	33	II-pare. 1 ^{er} acc., cés. basse; temp., 38°5; dilatation 2 fr., 3 kg. 640; bip., 9 cm. 5.	40 h. 30 Légère hypertonie : Morphine.
430	B. G. R. canaliculé. Psp., 9,50.	25	II-pare. 1 ^{er} acc., cés. basse, 3 kg. 380.	7 h.
468	B. R. Psp., 10,50. Bassin rachitique.	31	III-pare. 1 ^{er} acc., basiotripsie, 3 kg. 400. 2 ^e acc., cés. basse, 4 kg. 220; bip., 10,5; paraly sie faciale par forceps à la campagne.	41 h. Hypertonie sans dilat.
551	B. annelé; promont. accessible loin.	28	II-pare. 1 ^{er} acc. normal, 4 kg. 150.	22 h.
640	B. de luxation congénitale double compliquée de rachitisme. Psp., 10.	24	I-pare.	44 h.

RUPTURE des MEMBRANES	TERMINAISON de L'ACCOUCHEMENT	SUITES de COUCHES	ENFANT	
			POIDS	BIPARIÉTAL
Artificielle, à dilatation de 5 fr.	Forceps en G. T. partie haute de l'excavation.	Bonnes.	2 kg. 780	9 cm. 5
Prématurée.	Forceps en G. T.	Bonnes.	3 kg.	8 cm. 5
Artificielle, à dilatation complète.	Forceps partie moyenne de l'excavation pour longueur du travail.	Bonnes.	3 kg. 400	9 cm.
Précoce, 6 h. après le début du travail.	Forceps G. A. partie moyenne de l'excavation.	Bonnes.	3 kg. 600	9 cm. 4
Précoce, 12 h. après le début du travail.	Forceps en G. A.	Bonnes.	3 kg. 180	9 cm. 5
Très précoce.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 460	9 cm. 5
10 h. après le début du travail.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg.	9 cm.
Spontanée, précoce, 2 h. après.	Forceps en D. P. dans l'excavation pour longueur période d'expulsion.	Bonnes.	3 kg. 240	9 cm.
10 h. après le début du travail.	Forceps en D. P. pour souffrance fœtale.	Bonnes.	2 kg. 580	9 cm. 5
Prématurée.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 870	9 cm. 4
3 h. après le début du travail.	Forceps en G. T. pour souffrance fœtale; infection amniotique.	Bonnes.	2 kg. 650	7 cm. 8
Artificielle, à dilatation complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 180	8 cm.
Très précoce.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 885	9 cm. 9
Précoce à 2 fr.	Forceps en O. P.	Bonnes.	3 kg. 400	9 cm. 8
Tempestive.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 890	8 cm. 4
Précoce, 5 h. après le début.	Forceps en G. T.; partie inférieure de l'excavation.	Bonnes.	3 kg. 320	8 cm. 5
Artificielle, à dilatation complète.	Césarienne basse après échec de forceps au D. S.	Bonnes.	3 kg. 540	9 cm.
5 h. 30 après le début.	Césarienne basse itérative.	Bonnes.	3 kg. 640	9 cm. 8
Précoce, 5 h. après le début du travail.	Césarienne basse itérative.	Bonnes.	3 kg. 460	9 cm. 8
Non rompues.	Césarienne itérative.	Bonnes.	3 kg. 080	9 cm. 9
Précoce, 1 h. après le début du travail.	Césarienne basse, tête mal fléchie.	Abcès de la paroi.	3 kg. 635	9 cm. 6
Artificielle, à grande palmaire.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 430	9 cm.

OBSERVATIONS RESUMEES D'EPREUVES DU TRAVAIL

RECUEILLIES A LA MATERNITE DE PELLEGRIN

(Service du Professeur PÉRY.)

N°	BASSIN	ÂGE	PARITÉ et ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	DURÉE DU TRAVAIL et conduite
10	B. R. Promont. loin, mais très saillant.	20	I-pare.	19 h. 30
143	B. canaliculé.	22	I-pare.	21 h.
290	B. R. Promont. accessible.	23	I-pare.	27 h.
470	B. R. canaliculé. Psp., 10.	27	III-pare. 1 ^{er} acc., siège, 3 k. 750; décédé peu après. 2 ^e acc. dystocique, 2 kg. 750.	6 h.
503	B. canaliculé.	20	I-pare.	6 h. 25
535	B. R. Promont. accessible loin.	25	I-pare.	12 h. 15
689	B. G. R. canaliculé.	19	I-pare.	32 h.
712	B. G. R. canaliculé. Psp., 10.	25	II-pare. 1 ^{er} acc. normal.	19 h.
875	B. canaliculé.	21	I-pare.	9 h.
886	B. canaliculé.	22	I-pare.	22 h.
884	B. canaliculé.	18	I-pare.	43 h.
895	B. canaliculé. Promont. accessible.	22	I-pare.	23 h.
913	B. canaliculé.	27	IV-pare. 3 acc. normaux.	46 h.
971	B. canaliculé.	23	I-pare.	48 h. Contracture.
1030	B. canaliculé.	27	II-pare. 1 ^{er} acc. normal.	6 h.
269	B. annelé. Psp., 10.	22	III-pare. 1 ^{er} acc., forceps, 2 kg. 850, décédé 2 jours; 2 ^e acc., cés. basse, 2 kg. 500.	9 h.
23	B. canaliculé, rachitique.	(?)	I-pare.	(?)
117	B. canaliculé, promont. accessible.	36	II-pare. 1 ^{er} acc., forceps; V. B. P.	6 h.
562	B. canaliculé.	17	I-pare.	(?)
724	B. légèrement rétréci.	26	II-pare. 1 ^{er} acc., basiotripsie.	11 h.
727	B. G. R. canaliculé.	20	I-pare.	22 h. Contracture utérine.
912	Bassin peu touché, rachitique, pseudo-achondroplasique.	29	I-pare.	27 h.

RUPTURE des MEMBRANES	TERMINAISON de L'ACCOUCHEMENT	SUITES de COUCHES	ENFANT	
			POIDS	BIPARIÉTAL
Précoce, à 2 fr.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 750	9 cm. 5
Artificielle, à 2 fr., pour dilat. stationn.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 400	9 cm. 5
Précoce, à 2 fr.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 500	9 cm. 5
Tempestive.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 500	9 cm.
Prématurée.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 420	9 cm.
Spontanée, à petite palmaire.	Acc. spontané.	Bonnes.	4 kg. 450	10 cm.
Précoce, à 5 fr.	Acc. spontané.	Fébriles, mais pyélo- néphrite.	3 kg. 450	9 cm.
A 5 fr.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 200	9 cm.
Artificielle, à grande palmaire.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 460	9 cm. 5
Artificielle, à dilatation de 5 fr.	Forceps dans l'excavation.	Bonnes.	3 kg. 670	9 cm.
Artificielle, à dilat. complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 020	9 cm.
2 fr.	Acc. spontané.	Fébriles.	3 kg. 280	9 cm.
Précoce, à 2 fr.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 580	8 cm. (?)
Artificielle, à 1 fr.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 370	8 cm. 5 (?)
Acc. à grande palmaire.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 330	(?)
Non rompues.	Césarienne basse itérative à 5 fr.	Bonnes.	2 kg. 830	9 cm.
Précoce, à 5 fr.	Césarienne basse; pas d'adaptation.	Grippe.	3 kg. 620	10 cm.
Prématurée.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 280	9 cm.
(?)	Césarienne basse après épreuve du travail négative.	Bonnes.	3 kg. 300	9 cm.
Artificielle, à dilat. complète.	Césarienne basse.	Bonnes.	4 kg. 180	10 cm.
Non rompues.	Césarienne basse; bacillose cutanée + rétrécis ¹ . mitral.	Bonnes.	3 kg. 620	9 cm.
Petite palmaire.	Césarienne basse; tête amorcée; dilat. stationnaire.	Décédée 7 j. après de péritonite.	3 kg. 750	9 cm.

N°	BASSIN	AGE	PARITÉ et ACCOUCHEMENTS ANTERIEURS	DURÉE DU TRAVAIL et conduite
30	B. R. canaliculé.	49	II-pare. 1 ^{re} acc. normal; B. P.	26 h. 30
83	B. R. promont. accessible.	23	III-pare. 1 ^{re} acc. normal, 3 kg. 200; 2 ^e acc. normal, 3 kg.	9 h.
493	B. canaliculé.	46	I-pare.	48 h.
318	B. R. promont. accessible.	26	II-pare. 1 ^{re} acc. normal, 2 kg. 700.	11 h. 30
375	B. R.	22	I-pare.	25 h.
429	B. rachitique, aplati et canaliculé.	27	I-pare.	26 h.
478	B. R. promont. accessible.	29	III-pare. 1 avortement. 1 acc. normal à terme.	7 h.
583	B. R. Psp., 10,75.	32	II-pare. 1 ^{re} acc. normal, 4 kg.	48 h.
617	B. R. Psp., 10,50. Rétréciss. du dé- troit moyen.	26	II-pare. 1 ^{re} acc., forceps, décédé 2 jours après hém. méningée.	11 h. 45
664	B. G. R. Psp., 10,50.	26	I-pare.	Plus de 48 h.
674	B. R.	24	I-pare.	27 h. 30
764	B. R. canaliculé, Psp., 10,50.	32	II-pare. 1 ^{re} acc., forceps, 3 kg.	46 h. 30
851	B. R. promont. très saillant.	30	I-pare.	24 h.
3	B. R. canaliculé.	22	I-pare.	46 h. (Amenée de ville).
93	B. G. R. canaliculé.	19	I-pare.	48 h.
107	B. légèrement touché, mais disprop- portion.	23	I-pare.	47 h. 45
180	B. canaliculé.	20	I-pare.	23 h.
494	B. normal, mais disproportion.	38	IX-pare. 6 acc. normaux à terme. 2 avortements.	48 h.
200	B. canaliculé, Psp., 10.	48	I-pare.	45 h.
286	B. R. canaliculé, Psp., 10,50.	34	VI-pare. 4 acc. normaux, 1 forceps, enfant décédé quelques minutes après.	44 h.
290	B. légèrement rétréci, disproportion.	26	II-pare. 1 ^{re} acc., forceps, enf. mort.	23 h.
316	B. très vicié. Luxation congénitale double + rachitisme.	37	III-pare. 2 acc. normaux.	24 h.
341	B. R. canaliculé, Psp., 10,50.	32	II-pare. 1 ^{re} acc., cés. basse, 4 kg.	Quelques h.
351	B. rachitique aplati et G. R.	32	I-pare.	44 h. 30
450	B. légèrement rétréci, canaliculé.	22	I-pare.	Quelques h.
549	B. coxalgique.	23	I-pare.	4 h.
582	B. canaliculé.	32	IV-pare. 1 ^{re} acc. normal, 3 kg. 2 ^e acc., version après échec de forceps au D. S.; vivant; 3 ^e acc., cés. basse, 4 kg. 800.	7 h.
707	B. R.	26	II-pare. 1 ^{re} acc., cés. basse, 3 kg. 980.	(?)
711	B. canaliculé, Psp., 10,50. 2 faux promont.	29	II-pare. 1 ^{re} acc., cés. basse, 3 kg.; décédé à 20 jours,	(?)
741	B. G. R. canaliculé.	21	II-pare. 1 ^{re} acc. normal.	6 h.
756	B. canaliculé, Psp., 10,50.	46	I-pare.	45 h.
763	B. canaliculé, Psp., 10,50.	25	I-pare.	20 h.
859	B. R., promontoire accessible.	37	I-pare.	3 h.
861	B. R.	32	1 avortement. I-pare.	(?)

RUPTURE des MEMBRANES	TERMINAISON de L'ACCOUCHEMENT	SUITES de COUCHES	ENFANT	
			POIDS	BIPARIÉTAL
A 5 fr.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 270	9 cm. 5
Artificielle, à dilatation complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 330	9 cm.
Précoce, à 2 fr.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 370	9 cm.
Artificielle, à dilatation complète.	Version par manœuvres internes.	Bonnes.	3 kg. 920	9 cm. 5
Artificielle, à petite palmaire.	Acc. spontané.	Bonnes.	4 kg.	9 cm.
Artificielle, à 5 fr.	Application de forceps dans l'excavation.	Fébriles.	3 kg. 020	9 cm.
Artificielle, à dilatation complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 170	9 cm. 5
Précoce.	Acc. spontané.	Bonnes.	4 kg.	9 cm. 5
Spontanée, précoce.	Forceps à la vulve.	Bonnes.	3 kg. 680	8 cm. 5 (P)
Précoce.	Forceps dans l'excavation; dilatation manuelle.	Satisfai- santes.	4 kg. 320	(P)
(?)	Forceps partie supérieure de l'excavation.	Fébriles.	3 kg.	8 cm. 5 (P)
Artificielle, à grande palmaire.	Forceps dans l'excavation.	Bonnes.	Hémorragie 3 kg. 530	méningée. 9 cm.
Précoce.	Forceps dans l'excavation pour souffrance fœtale.	Bonnes.	3 kg. 430	(P)
Prématurée depuis 4 jours.	Césarienne basse; contracture utérine.	Bonnes.	3 kg. 300	9 cm.
Prématurée, dilat. 5 fr. stationnaire.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg.	9 cm.
Non rompues; temp., 38°.	Césarienne basse.	Fébriles au début.	3 kg. 480	9 cm. 5
Prématurée.	Césarienne basse; absence de contractions utérines.	Bonnes.	2 kg. 700	9 cm.
Non rompues.	Césarienne basse.	Bonnes.	4 kg. 800	10 cm.
Rompues à 2 fr.	Césarienne basse; infection amniotique.	Bonnes.	2 kg. 810	9 cm.
(?)	Césarienne basse.	Décédée le lendemain. Hémorragie + dilat. de l'estomac.	2 kg. 870	10 cm. 5
Non rompues.	Césarienne basse;	Bonnes.	3 kg. 870	9 cm.
Précoce.	Césarienne basse; vient de ville.	Bonnes.	3 kg. 370	10 cm.
Précoce.	Césarienne basse itérative; souffrance fœtale.	Bonnes.	3 kg. 150	8 cm. 5 (P)
Artificielle, à 5 francs.	Césarienne basse; souffrance fœtale.	Bonnes.	2 kg. 550	9 cm.
Non rompues.	Césarienne basse au début du travail; procubitus.	Bonnes.	4 kg. 220	9 cm.
Non rompues.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 400	9 cm.
Artificielle, à 5 fr.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 680	9 cm.
(?)	Césarienne basse itérative.	Bonnes.	3 kg. 450	9 cm.
(?)	Césarienne basse après épreuve du travail négative.	Fébriles au début.	3 kg. 400	(?)
Artificielle, à grande palmaire.	Césarienne basse pour dilat. stationnaire.	Fébriles.	3 kg. 480	(?)
Précoce.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 260	9 cm. 5
Précoce.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg.	8 cm. 5
Prématurée.	Césarienne basse.	Bonnes.	2 kg. 700	9 cm. 5
(?)	Césarienne basse après tentatives de forceps en ville.	Bonnes.	3 kg. 700	9 cm.

N°	BASSIN	AGE	PARITÉ et ACCOUPEMENTS ANTÉRIEURS	DURÉE DU TRAVAIL et conduite
23	B. R. canaliculé. Psp., 10,50.	25	I-pare.	13 h. 30
46	B. R. Psp., 9.	29	III-pare. 1 ^{re} acc., hydrocéphale. 2 ^e acc., spontané, 3 kg. 100.	11 h. 25
52	B. canaliculé.	32	II-pare. 1 ^{re} acc. spontané.	11 h.
83	B. R. canaliculé.	24	I-pare.	30 h.
134	B. G. R. Promont. accessible.	17	I-pare.	13 h. 30
281	B. R. asymétrique. Paralyse infantile.	37	VI-pare. 4 acc. prém. prov. à 8 mois, 2 kg. 450, 2 kg. 750, 1 décédé en bas âge. 1 acc. normal à terme, 3 kg. 680.	15 h.
316	B. R. Promontoire accessible.	20	I-pare.	14 h. Morphine.
347	B. canaliculé.	26	III-pare. 1 Avort. 1 acc. prém. à 8 m. 1/2.	11 h. 30
385	B. canaliculé.	17	I-pare.	14 h.
239	B. aplati. Promont. accessible loin.	24	I-pare.	12 h. 30
303	B. canaliculé.	21	I-pare.	19 h. 30
322	B. G. R. Promontoire accessible.	19	I-pare.	13 h. 30
334	B. R. canaliculé.	22	I-pare.	29 h.
335	B. canaliculé.	20	I-pare.	22 h. 30
338	B. canaliculé. Promont. accessible loin. Faux promont. sacrés.	21	I-pare.	28 h. 30 Contracture; hydramnios.
570	B. canaliculé.	27	II-pare. 1 ^{re} acc. normal, 3 kg. 290; hém. mén.; contr. utér.	19 h.
530	B. canaliculé.	25	I-pare.	14 h.
599	B. R. canaliculé. Faux promont. sacrés.	28	I-pare.	16 h.
641	B. canaliculé. Psp., 9,50.	37	I-pare.	24 h.
632	B. légèrement rétréci.	22	I-pare.	41 h. Contracture; Morphine.
657	B. juxta-minor. Epines sciatiques saillantes.	23	I-pare.	15 h.
710	B. R. Psp., 10.	19	I-pare.	18 h. 30
738	B. annelé. Psp., 10,50.	24	I-pare.	33 h.
743	B. R. annelé.	22	I-pare.	10 h.
808	B. R. canaliculé.	24	II-pare. 1 ^{re} acc., cés. basse, 3 kg. 300.	11 h. Morphine.
823	B. canaliculé. Psp., 10.	24	III-pare. 1 ^{re} acc., siège; décédé pendant le travail. 2 ^e acc. normal; 3 kg.	4 h. 30

RUPTURE des MEMBRANES	TERMINAISON de L'ACCOUCHEMENT	SUITES de COUCHES	ENFANT	
			POIDS	BIPARIÉTAL
Précoce, à 2 fr.	Forceps pour souffrance fœtale et contracture utérine.	Bonnes.	3 kg. 100	9 cm. 5
Prématurée.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 200	9 cm.
Artificielle, à dilat. complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 690	9 cm.
Spontanée, 5 fr.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 700	9 cm.
Artificielle, à petite palmaire.	Forceps.	Bonnes.	3 kg. 510	10 cm.
Artificielle, à dilat. complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 660	9 cm.
Artificielle, précoce, à 5 fr.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 430	9 cm.
Artificielle, à dilat. complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 500	9 cm.
Prématurée.	Forceps dans l'excavation pour longueur période d'expulsion.	Bonnes.	3 kg. 820	10 cm.
Artificielle, à dilat. complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 230	9 cm.
Artificielle, à dilat. compl.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 830	9 cm.
Artificielle, à dilat. compl.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 700	9 cm.
Artificielle, à petite palmaire.	Forceps dans l'excavation.	Bonnes.	3 kg. 700	9 cm.
Artificielle, à dilat. compl.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 280	(?)
Artificielle, à 0 fr. 50.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 530	(?)
Artificielle, à dilat. compl.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 630	9 cm.
Prématurée.	Forceps dans l'excavation; infection amniotique.	Fébriles.	3 kg. 630	(?)
Précoce au début travail.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 150	9 cm.
Précoce.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 900	9 cm.
Artificielle, à petite palmaire.	Forceps partie supérieure de l'excavation.	Bonnes.	3 kg. 320	10 cm. H. M. Fracture d'un pariétal.
Artificielle, à dilat. compl.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 220	(?) Hémorragie méningée. Décédé peu après.
Spontanée, à 5 fr.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 270	9 cm.
Prématurée.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 220	9 cm.
Tempestive.	Forceps en G. T. partie haute de l'excavation.	Bonnes.	3 kg. 730	9 cm. 5 Hémorragie méningée; guérison.
Prématurée.	Forceps en G. T. dans l'exca- vation. Terminaison manuelle de la dilatation.	Bonnes.	3 kg. 480	9 cm. 5
Tempestive.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 120	9 cm. 5

N°	BASSIN	AGE	PARITÉ et ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	DURÉE DU TRAVAIL et conduite
3	B. annelé. Promont. accessible.	33	II-pare. 1 ^{er} acc. spontané; 3 kg. 680.	13 h.
17	B. R.	30	II-pare. 1 ^{er} acc., cés. basse après ép. du trav., 3 kg. 620.	(?)
104	B. R. Promont. très saillant.	46	VII-pare. 2 forceps. 4 acc. normaux.	Plus de 48 h.
127	B. très rétréci, canaliculé.	30	II-pare. 1 ^{er} acc., épaule; décédé 1/2 h. après.	(?)
273	B. G. R.; asymétrique. Promont. accessible.	21	I-pare.	18 h.
332	B. R. Promont. accessible.	31	III-pare. -1 avortement. 1 prématuré, 6 m. 1/2. V.B.P.	30 h.
407	B. R. canaliculé.	42	I-pare.	40 h.
438	B. R. Légère disproportion.	30	III-pare. 2 acc. normaux, 3 kg. et 4 kg.	7 h.
614	B. G. R. canaliculé. Psp., 10.	24	II-pare. 1 ^{er} acc., cés. basse, 3 kg. 100. B. P.	40 h.
662	B. R.	25	II-pare. 1 avortement.	(?)
702	B. R. canaliculé. Rétréciss. trans- versal.	20	I-pare.	42 h. Morphine.
789	B. normal. Gros enfant.	49	I-pare.	48 h.

RUPTURE des MEMBRANES	TERMINAISON de L'ACCOUCHEMENT	SUITES de COLIQUES	ENFANT	
			POIDS	BIPARIÉTAL
Prématuréc.	Césarienne basse pour contracture.	Bonnes.	2 kg. 890	9 cm.
Précoce.	Césarienne basse; procidence du cordon.	Fébriles.	3 kg. 980	9 cm. 5
Rompues depuis 3 jours.	Césarienne basse; dilatat. compl. depuis 13 h.	Décédée le 2e jour.	3 kg. 380	8 cm. (?)
Spontanée, à petite palmaire.	Césarienne basse; procidence d'un bras.	Fébriles; abcès de fixation.	3 kg. 270	9 cm.
Non rompues.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 670	9 cm.
Non rompues.	Césarienne basse à dilat. de 5 fr.	Phlébite double.	3 kg. 110	9 cm.
Artificielle, à grande palmaire.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 280	9 cm.
Artificielle, à grande palmaire.	Césarienne basse.	Phlébite unilatérale.	4 kg.	10 cm.
0	Césarienne basse.	Bonnes.	2 kg. 960	9 cm.
(?)	Césarienne basse après échec de l'ép. du trav.	Bonnes.	3 kg. 630	9 cm. 5
Non rompues.	Césarienne basse après ép. du trav.	Bonnes.	3 kg. 830	9 cm. 5
Artificielle, à petite palmaire.	Césarienne basse.	Fébriles.	4 kg. 430	9 cm. (?)

N°	BASSIN	AGE	PARITÉ et ACCOUCHEMENTS ANTERIEURS	DURÉE DU TRAVAIL et conduite
21	B. canaliculé. Psp., 10.	26	I-pare.	9 h. 30
33	B. G. R. Promont. accessible.	27	II-pare. 1 ^{re} grossesse extra-utérine.	12 h. 15
77	B. R. Promont. accessible.	29	III-pare. 2 acc. dystociques.	6 h. 25
29	B. G. R. Psp., 9,50.	33	II-pare. 1 ^{re} acc., cés. basse pour B. R. avant travail, 3 kg. 350.	14 h.
216	B. régulièrement rétréci. Symphyse basse.	32	I-pare.	24 h.
770	B. R. canaliculé. La tête paraît déborder.	20	I-pare.	(?)
261	B. R. Promont. accessible.	29	III-pare. 2 acc. normaux, 2 kg. 500 et 3 kg. 800.	7 h.
263	B. R. Promont. accessible.	24	I-pare.	8 h.
339	B. R. Promont. accessible.	30	I-pare.	18 h. 15
412	B. aplati canaliculé Psp., 10,50.	19	I-pare.	17 h. 40
444	B. canaliculé. Psp., 11.	21	I-pare.	21 h. 20
461	B. canaliculé.	32	I-pare.	14 h. 30
584	B. R.	31	II-pare. 1 ^{re} acc., forceps; 3 kg. 300.	15 h. 30
532	B. R. Psp., 10,50.	19	II-pare. 1 ^{re} acc. normal.	9 h. 30
614	B. canaliculé rachitique.	36	V-pare. 1 ^{re} acc. normal, 2 kg. 100. 2 ^e forceps. 3 ^e version, 3 kg. 450. 4 ^e , basiotripsie.	7 h. 30
5	B. canaliculé.	24	I-pare.	16 h.
70	B. annelé. Gros enfant.	22	I-pare.	12 h.
193	B. notablement rétréci, canaliculé	44	III-pare. 1 ^{re} acc., forceps. V. B. P. 2 ^e acc. gémellaire.	12 h.
198	B. rachitique. G. R. et aplati. Promont. aigu.	32	II-pare. 1 avortement.	40 h.
206	B. R. Promont. très saillant.	28	III-pare. 2 acc. normaux à terme, mais enfants petits.	6 h.
219	B. très rétréci (vient de ville).	33	VIII-pare. 7 acc. normaux.	(?)
280	B. G. R. et canaliculé. Psp., 9,75.	27	I-pare.	7 h.
295	B. aplati. Psp. 10,25.	30	IV-pare. 2 acc. normaux, 3 kg. dont 1 mort-né, 1 forceps.	13 h.
321	B. canaliculé. Femme petite.	27	I-pare.	5 h.
422	B. canaliculé aplati.	36	VI-pare. 1 ^{re} acc. forceps, 4 kg. 500; 2 acc. normaux, 3 kg. 500. 1 avortement. 1 basiotripsie, 3 kg. 800.	10 h. 30
510	B. R.	23	I-pare.	Dilatation longue.
657	B. R. Gros enfant.	23	III-pare. 1 ^{re} acc. à terme. 2 ^e acc. prématuré à 6 mois.	46 h.
675	B. R. Bassin à type masculin. Promont. accessible. Rétrécissement transversal.	24	I-pare.	14 h. 30
743	B. G. R.	29	II-pare. 1 ^{re} acc., enfant décédé pendant le travail.	10 h.
794	B. R.	22	I-pare.	18 h.

RUPTURE des MEMBRANES	TERMINAISON de L'ACCOUCHEMENT	SUITES de COUCHES	ENFANT	
			POIDS	BIPARIÉTAL
Artificielle, à dilat. complète. Précoce.	Acc. spontané. Forceps dans l'excavation.	Bonnes. Bonnes.	2 kg. 800 3 kg. 090	(?) 9 cm.
Artificielle, à dilat. complète. Spontanée, à dilat. de 5 fr.	Acc. spontané. Forceps dans l'excavation.	Bonnes. Bonnes.	3 kg. 430 2 kg. 600	9 cm. 5 (?)
Prématurée.	Application de forceps dans l'excavation.	Bonnes.	3 kg. 480	9 cm. 5
Etait venue pour épreuve du travail, a fait sa dila- tation en dormant.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 220	9 cm.
Artificielle, à dilat. complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 200	9 cm.
Précoce.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 400	9 cm. 5
Prématurée.	Forceps en O. P.	Bonnes.	3 kg. 600	9 cm.
Artificielle, à dilat. complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 950	8 cm. 5 (P)
Tempesive.	Forceps en G. A.	Bonnes.	3 kg. 350	10 cm.
Prématurée.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 340	9 cm.
Spontanée, à grande palmaire.	Forceps dans l'excavation.	Bonnes.	3 kg. 800	9 cm.
Après le début du travail.	Acc. spontané; procidence du cordon; plus de pr. du c.	Bonnes.	2 kg. 900	10 cm. Mort-né.
Artificielle, à dilat. complète.	Version et manœuvre de Champetier.	Bonnes.	3 kg. 620	9 cm. 5
Artificielle, à 5 fr.	Césarienne basse; pas d'engagement; souffrance fœtale.	Bonnes.	3 kg. 680	9 cm. 5
Artificielle, à 5 fr.	Césarienne basse, souffrance fœtale.	Bonnes.	3 kg. 920	9 cm.
(?)	Césarienne basse; pas de progrès de la dilat.	Bonnes.	3 kg. 460	9 cm.
Prématurée.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 440	9 cm.
Artificielle, à petite palmaire.	Césarienne basse; souffrance fœtale.	Bonnes.	3 kg. 340	9 cm.
Prématurée.	Césarienne basse; contracture; procidence du cordon.	Bonnes.	3 kg. 400	10 cm.
Spontanée, à dilat. de 2 fr.	Césarienne basse.	Bonnes.	2 kg. 900	9 cm.
(?)	Césarienne basse; contracture utérine; souffrance fœtale.	Bonnes.	2 kg. 450	8 cm. 5 (P)
Au début du travail.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 570	9 cm.
Non rompues.	Césarienne basse; procidence.	Bonnes.	3 kg. 540	9 cm.
(?)	Césarienne basse pour souffrance fœtale.	Bonnes.	3 kg. 650	10 cm.
Artificielle, à dilat. complète.	Césarienne basse après tentatives de forceps en ville.	Bonnes.	5 kg. 030	10 cm. H. M. Fracture du crâne. Décédé 40 heures.
Artificielle, à dilat. complète.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 090	10 cm. 5
Non rompues.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 430	9 cm. 5
Artificielle, à dilat. complète.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 700	10 cm.

N°	BASSIN	AGE	PARITÉ et ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	DURÉE DU TRAVAIL et conduite
43	B. R. Promont. accessible.	24	I-pare.	19 h. 45
50	B. G. R.	29	II-pare. 1 ^{er} acc. normal, 2 kg. 650.	6 h. 30
51	B. canaliculé.	21	I-pare.	42 h. Contracture utérine : Morphine.
108	B. réduit dans toutes ses dimensions. Promont. très saillant.	31	I-pare.	11 h. 20
114	B. annelé.	22	I-pare.	16 h.
166	B. R. canaliculé.	24	II-pare. 1 ^{er} acc. forceps, 2 kg. 800.	22 h. Contracture utérine : Morphine.
172	B. à rétrécissement marqué.	30	I-pare.	21 h. 30
173	B. canaliculé. Promont. accessible. Tête débordant la symphyse.	22	I-pare.	17 h. 40
219	B. G. R. canaliculé. Promont. accessible.	24	II-pare. 1 ^{er} acc. normal, décédé peu après d'hémorrh. méningée.	20 h.
277	B. canaliculé.	48	I-pare.	19 h. 30
359	B. R. Psp., 10. B. G. R. et canaliculé.	21	I-pare.	20 h.
414	B. canaliculé.	23	I-pare.	16 h.
430	B. R. canaliculé. Psp., 10,50.	23	I-pare.	11 h.
473	B. R. Promontoire accessible loin.	24	I-pare.	19 h.
480	B. R.	31	II-pare. 1 ^{er} acc., forceps, 4 kg. 500; fracture du crâne, décédé à 5 jours.	24 h.
502	B. annelé.	29	IV-pare. 1 ^{er} acc., forceps, 3 kg. 600; décédé d'hém. mén. 2 ^e , forceps, 3 kg. 680; V. B. P. 3 ^e , avortement.	12 h. 30
548	B. R. Promont. accessible bas situé, aigu. Bassin aplati transversalement.	23	I-pare.	12 h. 30
610	B. R. Promont. accessible.	22	I-pare.	9 h. 30
641	B. canaliculé.	22	II-pare. 1 ^{er} acc. normal, 3 kg. 150.	22 h. 20
648	B. canaliculé. Promont. accessible.	21	I-pare.	18 h.
752	Luxation congénitale hanche. Bassin aplati.	35	I-pare.	12 h. 30
29	B. R.	32	IV-pare. 1 ^{er} acc., forceps, 3 kg. 2 ^e , normal, 4 kg.; 3 ^e , cés. basse, 4 kg.	(?)
79	B. R. aplati, rachitique.	21	I-pare.	18 h.
324	B. R. Promontoire accessible. Excavation juste.	27	II-pare. 1 ^{er} acc. prématuré.	4 h.

RUPTURE des MEMBRANES	TERMINAISON de L'ACCOUCHEMENT	SUITES de COUCHES	ENFANT	
			POIDS	BIPARIÉTAL
Artificielle, à petite palmaire.	Forceps à la partie supérieure de l'excavation.	Bonnes.	3 kg. 580	9 cm. 5
Artificielle, à dilat. complète.	Forceps au D. S. pour souffrance fœtale.	Bonnes.	3 kg. 420	9 cm.
Artificielle, à dilat. complète.	Forceps partie supérieure de l'excavation; tête engagée.	Bonnes.	3 kg. 550	9 cm.
Prématurée.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 350	10 cm.
Spontanée, à dilat. de 1 fr.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 350	10 cm.
Prématurée.	Forceps au D. S. césarienne basse différée.	Bonnes.	3 kg. 400	10 cm.
Prématurée.	Forceps dans l'excavation après dilatation manuelle de petite palmaire à complète.	Fébriles.	3 kg. 400	(?)
Artificielle, à dilat. complète.	Acc. spontané.	Fébriles.	3 kg. 030	9 cm.
Spontanée, au début du travail.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 360	9 cm. 5
Précoce.	Forceps dans l'excavation.	Bonnes.	3 kg. 590	9 cm.
Spontanée, à 5 fr.	Forceps dans l'excavation.	Bonnes.	3 kg. 270	9 cm.
Précoce.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 420	8 cm. 5
Au début du travail.	Forceps dans l'excavation.	Bonnes.	3 kg. 490	9 cm.
Artificielle, à dilat. de 5 fr.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 470	(?)
Précoce.	Forceps partie haute de l'excavation.	Bonnes.	3 kg. 700	10 cm.
Artificielle, à petite palmaire.	Forceps partie supérieure de l'excavation.	Bonnes.	3 kg. 980	9 cm. 5
Artificielle, à petite palmaire.	Application de forceps dans l'excavation, G. T.	Bonnes.	3 kg. 530	9 cm.
A 1 fr.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 440	9 cm.
Précoce.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 800	9 cm. 5
Prématurée.	Forceps D. I.; souffrance fœtale.	Bonnes.	3 kg. 820	9 cm. 5
Prématurée.	Forceps dans l'excavation en G. T. pour souffr. fœtale.	Bonnes.	3 kg. 400	9 cm. 5
Non rompus.	Césarienne basse, à dilat. com- plète; procidence du cordon.	Bonnes.	3 kg. 620	9 cm. 5
Artificielle, à dilat. compl.	Césarienne basse pour non- engagement.	Bonnes.	3 kg. 700	9 cm.
Précoce.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 490	9 cm.

N°	BASSIN	AGE	PARITÉ et ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	DURÉE DU TRAVAIL et conduite
347	B. R. canaliculé. Psp., 10.	29	I-pare.	8 h.
408	B. R. canaliculé.	49	I-pare.	8 h. 30
458	B. canaliculé. Promont. accessible.	30	III-pare. 1 ^{er} acc. normal 8 mois. 2 ^e acc. normal.	33 h. Contracture Morphine
472	B. légèrement rétréci.	49	I-pare.	27 h. Morphine.
489	B. canaliculé.	22	I-pare.	27 h. Morphine.
492	B. R.	27	II-pare. 1 ^{er} acc., cés. basse, après épreuve du travail, 3 kg. 800.	6 h.
494	B. canaliculé; très rétréci.	37	II-pare. 1 ^{er} acc. spontané, enfant petit.	44 h.
515	B. canaliculé. Promont. accessible loin. Faux promont.	23	II-pare. 1 ^{er} acc. prématuré; mort et macéré.	40 h. 30 Contracture utérine : Morphine.
552	B. canaliculé. Sacrum plat. Psp., 10,25.	20	I-pare.	42 h. Morphine.
553	B. normal. Gros enfant.	20	I-pare.	48 h. Contracture.
582	B. canaliculé. Psp., 10.	24	I-pare.	46 h.
586	B. normal; gros enfant.	27	I-pare.	48 h. Morphine.
602	B. G. R. Psp., 10.	32	I-pare.	46 h. Morphine.
673	B. G. R. canaliculé; obèse.	37	I-pare.	48 h. Contracture.
688	B. R. Promont. accessible. Psp., 10.	39	II-pare. 1 ^{er} acc., cés. basse, 4 kg. 300.	9 h.
707	B. R. au détroit moyen.	23	I-pare.	43 h. 30
766	B. canaliculé. Psp., 10,50.	22	I-pare.	38 h.
772	B. légèrement rétréci.	24	II-pare. 1 ^{er} acc., basiotripsie; mort et macéré.	49 h.
788	Bassin petit. Psp., 9.	43	I-pare.	4 h.
791	B. G. R. et canaliculé.	49	I-pare.	39 h.

RUPTURE des MEMBRANES	TERMINAISON de L'ACCOUCHEMENT	SUITES de COUCHES	ENFANT	
			POIDS	BIPARIÉTAL.
(?)	Césarienne basse; contracture utérine.	Bonnes.	2 kg. 650	8 cm. 5
Artificielle, à dilat. compl.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 140	9 cm.
Artificielle, à dilat. de petite palmaire.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 350	8 cm. 5 (?)
Artificielle, à dilat. de 5 fr.	Césarienne basse; contracture; absence de dilat.; non-engag.	Bonnes.	2 kg. 730	9 cm.
Précoce.	Césarienne basse.	Bonnes.	2 kg. 700	(?)
A petite palmaire.	Césarienne basse itérative; souffrance fœtale.	Bonnes.	3 kg. 820	9 cm. 5
Non rompues.	Césarienne basse après épreuve du travail.	Bonnes.	3 kg. 100	9 cm.
Spontanée, à petite palmaire.	Césarienne basse; anomalie de la dilatation; souffrance fœtale.	Bonnes.	2 kg. 950	9 cm. 5
Spontanée, à petite paume.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 350	10 cm.
(?)	Césarienne basse.	Fébriles	3 kg. 580	10 cm.
Artificielle, précoce.	Césarienne basse.	Bonnes.	2 kg. 810	(?)
Précoce.	Césarienne basse; arrêt de la dilat.	Bonnes.	4 kg. 130	9 cm. 5
Artificielle, à 2 fr.	Césarienne basse.	Bonnes.	2 kg. 580	(?)
Non rompues.	Césarienne basse.	Bronchite (rachi); abcès de la paroi.	(?)	(?)
Non rompues.	Césarienne basse itérative.	Bonnes.	4 kg. 100	(?)
Spontanée, à 2 fr.	Césarienne basse.	Bonnes.	4 kg.	9 cm. 5
Rompues.	Césarienne basse; souffrance fœtale.	Bonnes.	3 kg. 150	9 cm.
Rompues depuis 24 h. Temp., 39°.	Césarienne basse; pas de dilat.; souffrance fœtale; infection amniotique.	Bonnes.	3 kg. 060	9 cm.
Artificielle, à petite palmaire.	Césarienne basse; souffrance fœtale.	Bonnes.	3 kg. 050	10 cm.
Prématurée.	Césarienne basse.	Bonnes.	2 kg. 850	8 cm. 5

N°	BASSIN	AGE	PARITÉ et ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	DURÉE DU TRAVAIL et conduite
13	B. G. R. canaliculé.	28	IV-pare. 3 avortements.	26 h.
30	B. canaliculé. Psp., 10.	26	III-pare. 2 acc. normaux.	15 h.
113	B. R.	24	II-pare. 1 ^{er} acc. normal, 2 kg. 500.	7 h.
131	B. G. R. et canaliculé. Psp., 10.	32	III-pare. 1 ^{er} acc., cés. basse, 4 kg. 300. 2 ^e acc., cés. basse, 2 kg. 540.	7 h. 15
136	B. R. Promont. accessible.	20	II-pare. 1 ^{er} acc., forceps; décédé pendant travail.	9 h. 20
274	B. R. Promont. accessible loin.	24	I-pare.	21 h. 30
314	B. R. canaliculé.	21	I-pare.	20 h.
387	B. canaliculé; épines sciatiques saillantes.	21	I-pare.	22 h. 40
405	B. R. canaliculé.	26	I-pare.	17 h.
510	B. canaliculé.	18	I-pare.	14 h. 20
544	B. R.	19	I-pare.	12 h. 15
551	B. G. R. et canaliculé.	20	I-pare.	42 h. 30
606	B. G. R. Promont. accessible.	38	II-pare. 1 ^{er} acc., cés. basse avant travail, 3 kg. 350. 2 ^e acc., forceps, 2 kg. 700.	10 h. 25
669	B. R. Promont. accessible.	26	I-pare.	33 h. Contracture. Morphine + Spasalgine.
696	B. G. R. canaliculé.	30	II-pare. 1 ^{er} , Face. Acc. spon- tané, 3 kg.	30 h.
77	B. G. R. et canaliculé.	23	I-pare.	8 h.
28	B. G. R. canaliculé. Psp., 10.	16	I-pare.	14 h.
241	B. G. R. et canaliculé.	22	I-pare.	9 h.
302	B. G. R., surtout dans les diamètres transverses.	36	I-pare.	26 h.
318	B. G. R., légère disproportion.	27	I-pare.	40 h.
484	B. R. canaliculé. Psp., 10.	25	I-pare.	26 h. 30 Morphine- Spasalgine.
522	B. R. annelé. Psp., 10,50.	31	V-pare. 1 ^{er} acc. normal, 5 kg 500. 2 ^e acc. prém., 8 m. 1/2, 3 kg 280. 3 ^e acc. normal, 3 kg 6550. 4 ^e acc. normal.	20 h.
589	B. G. R. canaliculé. Psp, 10.	22	I-pare.	25 h.
607	B. R. Arc antérieur du bassin très touché.	28	I-pare.	16 h. 30

RUPTURE des MEMBRANES	TERMINAISON de L'ACCOUCHEMENT	SUITES de COUGHES	ENFANT	
			TOUTS	BIPARIÉTAL
Avant dilat. complète.	Forceps dans l'excavation.	Bonnes.	3 kg. 300	(?)
Précoce.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 450	8 cm. (?)
Spontanée, à grande palmaire.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg.	9 cm.
Précoce.	Forceps dans l'excavation.	Bonnes.	2 kg. 480	8 cm.
Artificielle, à grande palmaire.	Forceps dans l'excavation.	Bonnes.	3 kg. 550	9 cm.
A palmaire.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 460	9 cm.
Artificielle, à 1 fr.	Contracture utérine; infection amniotique; forceps dans l'excavation.	Bonnes.	3 kg. 840	9 cm. 5
Avant dilat. complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 470	9 cm. 5
Spontanée, à 1 fr.	Forceps dans l'excavation.	Frissons le 3 ^e jour.	2 kg. 900	9 cm.
Précoce, à dilat. de 2 fr.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 530	9 cm.
Précoce, à petite palmaire.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 500	9 cm.
Spontanée, à dilat. de 2 fr.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 530	9 cm.
Précoce.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 880	8 cm. (?)
Précoce.	Forceps en O. I. D. A. et incision du col.	Bonnes.	3 kg. 480	8 cm.
Artificielle, à dilatation de 5 fr.	Forceps pour longueur du travail.	Bonnes.	4 kg. 430	9 cm.
Précoce.	Césarienne basse à 8 mois.	Bonnes.	2 kg. 600	8 cm. 5
Rupture artificielle à palmaire.	Césarienne basse pour procubitus.	Bonnes.	2 kg. 070	8 cm. 5
Prématurée.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 630	8 cm. 5 (?)
Artificielle, à grande palmaire.	Césarienne basse; infection amniotique; souffrance fœtale.	Subfébriles. Phlébite double.	3 kg. 420	8 cm. 5 (?)
Précoce, à 2 fr.	Césarienne basse; souffrance fœtale.	Bonnes.	2 kg. 600	9 cm.
Non rompues.	Césarienne basse anomalie de la dilatation.	Bonnes.	2 kg. 630	8 cm. 5
Rompues spontanément au début du travail.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 820	9 cm.
(?)	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 450	9 cm.
Précoce.	Césarienne basse.	Bonnes.	2 kg. 800	8 cm. (?)

N°	BASSIN	AGE	PARITÉ et ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	DURÉE DU TRAVAIL et conduite
54	B. R. Promont. accessible à 11 cm.	49	I-pare.	45 h. 30
67	B. G. R.	22	I-pare.	9 h.
118	B. canaliculé. Promont accessible.	26	I-pare.	20 h. 30
133	B. canaliculé. Faux promontoire accessible.	24	I-pare.	53 h.
178	B. canaliculé. Psp., 10.	25	II-pare. 1 ^{re} acc., césarienne basse après travail, 2 kg. 810.	7 h.
208	B. G. R. juxta-minor.	49	I-pare.	44 h.
209	B. G. R. canaliculé. Psp., 10,25.	27	V-pare. 2 acc. normaux. 2 avortements.	7 h.
240	B. annelé. Promont. accessible. Gros enfant.	26	III-pare. 2 acc. normaux, 2 kg. et 3 kg. 700.	6 h. 33
243	B. canaliculé. Promont. accessible.	36	II-pare. 1 ^{re} acc. normal, 4 kg. 500.	9 h. 35
246	B. G. R. avec saillie marquée des épines sciatiques.	22	II-pare. 1 avortement.	20 h. 30
258	B. R.	24	II-pare. 1 ^{re} acc. spontané, 2 kg. 990.	9 h.
273	B. R. canaliculé.	29	I-pare.	38 h.
326	B. R.	32	I-pare.	9 h. Hypophyse.
330	B. R. Promontoire accessible.	24	I-pare.	47 h.
333	B. R. Psp., 10.	33	III-pare. 1 ^{re} acc., siège, 2 kg. 950; 2 ^e forceps, 3 kg. 200.	29 h. Quinine: incrtie
386	B. G. R. et canaliculé.	27	II-pare. 1 ^{re} acc. spontané, 3 kg. 480.	40 h. 30
506	B. G. R. et canaliculé.	28	I-pare.	23 h.
539	B. canaliculé.	26	III-pare. 2 acc. normaux, 2 kg. et 3 kg.	5 h. Morphine.
11	B. G. R. et aplati. Psp., 9,50.	34	III-pare. 1 ^{re} acc. normal, mort-né, 3 kg. 750; 2 ^e acc. normal, 3 kg. 500.	44 h.
48	B.G.R. canaliculé. Promont. accessibl.	32	II-pare. 1 avortement.	5 h.
144	B. canaliculé. Psp., 9,50.	27	I-pare.	14 h.
148	B. R. Canaliculé. Psp., 10.	25	IV-pare. 1 ^{re} acc., cés. basse après travail, 4 kg. 300; 2 ^e cés. basse, 2 kg. 540; 3 ^e forceps, 2 kg. 480.	12 h.
122	B. G. R.	29	III-pare. 2 avortements.	24 h. Contracture.
172	B. R.	36	II-pare. 1 ^{re} acc., cés. basse, 2 kg. 900.	20 h.
527	B. G. R. et canaliculé.	30	I-pare.	20 h.
588	B. R. Promont. accessible loin; disproportion; gros enfant.	25	II-pare. 1 ^{re} acc. cés. basse; 4 kg. 500.	12 h.
589	B. transversalement rétréci.	32	II-pare. 1 ^{re} acc., cés. basse; contracture, 3 kg. 300; décédé 12 h. après.	22 h. Contracture: morphine. Spasalgine.
618	B. R. Psp., 11. Diamètres transversaux diminués.	27	II-pare. 1 ^{re} acc., forceps; décédé à 12 jours.	13 h. Morphine.
624	B. R.	33	I-pare.	40 h. Spasalgine.
628	B. canaliculé. Psp., 10,25.	24	II-pare. 1 ^{re} acc., cés. basse après épreuve du travail, 3 kg. 600. B. P.	41 h.
630	B. R.	27	IV-pare. 2 acc. normaux à terme. 1 cés. basse. 3 kg. 350.	21 h.
631	B. G. R. canaliculé. Psp., 10,25.	32	III-pare. 1 ^{re} acc. prématuré 6 m. 1/2. 2 ^e cés. basse, 2 kg. 830.	8 h.

RUPTURE des MEMBRANES	TERMINAISON de L'ACCOUCHEMENT	SUITES de COUCHES	ENFANT	
			POIDS	BIPARIÉTAL
Artificielle, à dilat. complète. Prématurée.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 250	9 cm. 5
Artificielle, à dilat. de 5 fr.	Forceps dans l'excavation. Forceps dans l'excavation pour souffrance fœtale.	Fébriles. Bonnes.	3 kg. 050 3 kg. 260	8 cm. 5 (?) 9 cm.
Artificielle, à dilat. de 5 fr.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 550	9 cm.
Artificielle, à 2 fr.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 420	8 cm. (?)
Artificielle, à petite palmaire.	Forceps dans l'excavation en D. T.	Bonnes.	3 kg. 860	9 cm.
Artificielle, à dilat. de 2 fr.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 660	8 cm. 5 (?)
A dilat. de 5 fr. pour longueur du travail.	Acc. spontané.	Bonnes.	4 kg. 350	9 cm.
A 2 fr.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 400	9 cm. 5 N'a pu être ranimée.
Artificielle, à grande palmaire.	Forceps dans l'excavation.	Bonnes.	3 kg. 430	9 cm.
Précoce, à 2 fr.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 640	9 cm.
Avant la dilat. complète.	Application de forceps; souffrance fœtale.	Bonnes.	3 kg. 370	9 cm.
Artificielle, à dilat. compl. Temp., 38°6.	Forceps dans l'excavation.	Bonnes.	3 kg. 610	9 cm. 5 H. méningée. Décédé le 3 ^e jour.
Artificielle, à dilat. de 5 fr.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 770	10 cm.
Artificielle, à 5 fr.	Forceps pour souffrance fœtale.	Bonnes.	3 kg. 920	9 cm. Mort-né.
Artificielle, à petite palmaire.	Acc. spontané.	Fébriles.	3 kg. 520	(?)
Artificielle, à dilat. de 2 fr.	Forceps dans l'excavation.	Septicémie strepto- hémolytique.	3 kg. 480	9 cm.
Précoce, à 5 fr.	Acc. spontané.	Bonnes.	4 kg. 360	9 cm.
Précoce.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 350	9 cm.
Prématurée.	Césarienne basse.	Bonnes.	4 kg. 560	9 cm. 5
Non rompues.	Césarienne basse.	Bonnes.	2 kg. 740	8 cm. (1)
Artificielle, à dilat. de 5 fr.	Césarienne basse; procidence du cordon.	Décédée 36 h.; péri- tonite généralisée.	3 kg. 760	9 cm. 5
Non rompues.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 020	8 cm. 5
Prématurée.	Césarienne itérative.	Bonnes.	3 kg. 240	Bonnes.
Artificielle, à 5 fr. (?)	Césarienne basse. Césarienne basse itérative pour souffrance fœtale.	Fébriles. Bonnes.	3 kg. 550 4 kg. 760	10 cm. 10 cm.
Rompues à dilat. de 5 fr.	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 330	9 cm.
Rupture à palmaire.	Césarienne basse; souffrance fœtale.	Fébriles.	3 kg. 430	11 cm.
(?)	Césarienne basse.	Bonnes.	3 kg. 090	(?)
(?)	Césarienne basse.	Bonnes.	2 kg. 380	9 cm.
Précoce, à 2 fr.	Césarienne basse.	Bonnes.	2 kg. 800	9 cm.
A 2 fr.	Césarienne basse; souffrance fœtale; méconium.	Bonnes.	2 kg. 140	9 cm.

N°	BASSIN	AGE	PARITÉ et ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	DURÉE DU TRAVAIL et conduite
49	B. canaliculé.	21	II-pare. 1 avortement.	9 h.
63	B. R. Psp., 10,50.	30	III-pare. 1 ^{er} acc., prématuré de 7 mois. 2 ^e acc. normal, 3 kg., 500.	9 h.
29	B. normal, mais promontoire très saillant.	33	II-pare. 1 ^{er} acc., forceps; V.B.P.	32 h. 40
113	B. R. canaliculé. Psp., 10,75.	42	II-pare. 1 ^{er} acc. spontané; 3 kg. 500.	9 h. 5
120	B. G. R. Psp., 10,50.	24	II-pare. 1 ^{er} acc. normal.	6 h. 30
173	Bassin aplati. Promont. très sail- lant.	24	III-pare. 1 avortement. 1 acc. prématuré.	27 h.
188	B. R. Promontoire accessible.	30	III-pare. 2 acc. normaux, 3 kg. 200 et 3 kg. 500.	5 h. 25
200	B. R. Promont. accessible.	37	VI-pare. 5 acc. normaux.	27 h. 30 Spasmalgine morphine
205	B. transversalement aplati. Psp. loin.	27	I-pare.	34 h.
253	B. G. R. Promontoire accessible.	25	I-pare.	12 h. 30
325	B. canaliculé. Psp. 10,50.	18	I-pare.	26 h.
382	B. G. R. Cloison du vagin; 2 cols.	30	II-pare. 1 ^{er} acc., cés. basse, 2 kg. 600.	12 h.
395	B. R. annelé.	21	II-pare. 1 ^{er} acc., placenta prævia; acc. à 6 m. 1/2.	11 h. 10
418	B. G. R. Promont. accessible.	24	I-pare.	9 h. 15
486	B. légèrement rétréci. Promont. ac- cessible.	25	I-pare.	21 h. 30
510	B. G. R. Promont. accessible.	40	II-pare. 1 ^{er} acc. prématuré à 8 mois.	6 h. 30
588	B. G. R. et canaliculé.	33	II-pare. 1 ^{er} acc. spontané, 2 kg. 900.	22 h. 30
602	B. R. Promont. accessible.	21	I-pare.	58 h.
614	B. R. Psp., 10.	27	I-pare.	5 h.
81	B. G. R.	24	I-pare.	30 h.
82	B. G. R. Psp., 10,50.	46	I-pare.	Vient de ville. (?)
86	B. G. R. Psp., 10.	24	I-pare.	30 h.
350	B. annelé; déformation de la co- lonne vertébrale.	32	IV-pare. 1 avortement. 1 siège; dystocie; basiotripsie, 4 kg. 100. 1 front. cés. basse, 3 kg. 780.	(?)
411	B. R. Psp., 10.	33	VI-pare. 1 ^{er} acc., forceps; 4 kg. 500; B. P. 2 ^e , forceps, 4 kg.; B. P. 3 ^e et 4 ^e , forceps; décédés pendant le travail; 5 ^e , cés. basse front.	46 h.
528	B. R.	22	I-pare.	(?)
536	B. canaliculé. Psp., 10,50. Faux pro- montoire.	25	I-pare.	(?)
554	B. R. Promont. accessible.	24	II-pare. 1 ^{er} acc., basiotripsie après échec de forceps au D. S.	Spasmalgine. 41 h.
676	B. R. Psp., 10,75.	40	II-pare. 1 avortement.	8 h.

RUPTURE des MEMBRANES	TERMINAISON de L'ACCOUCHEMENT	SUITES de COUCHES	L'ENFANT	
			POIDS	BIPARIÉTAL
Artificielle, à dilat. complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 830	7 cm.
Spontanée, précoce.	Acc. spontané.	Bonnes.	Dépression du pariétal G. O.I.G.A. 3 kg. 720	9 cm.
Prématurée.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 500	
Tempestive.	Acc. spontané.	Bonnes.	Décédé le 3 ^e jour. Hémorragie méningée. 3 kg. 030	9 cm.
Tempestive.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 760	9 cm.
Artificielle, à dilat. complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	2 kg. 840	9 cm.
Prématurée.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 320	40 cm.
Précoce.	Acc. spontané après tentative de forceps élevé sans résultat.	Bonnes.	3 kg. 440	9 cm. 5
Prématurée.	Forceps dans l'excavation.	Lymphan- gite utérine.	3 kg. 600	9 cm. 5
Artificielle, à dilat. complète.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 320	9 cm.
Artificielle, à dilat. de 5 fr.	Forceps dans l'excavation.	Fébriles.	3 kg. 530	9 cm. 5
Précoce.	Forceps dans l'excavation.	Bonnes.	3 kg. 040	(?)
Artificielle, à dilat. compl.	Acc. spontané;	Bonnes.	3 kg. 800	9 cm.
Précoce, à dilat. de 1 fr.	Acc. spontané. albumine + hypertonie.	Bonnes.	3 kg. 370	9 cm.
Artificielle, à dilat. compl.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 070	9 cm. 5
(?)	Forceps au D. S. pour souffrance fœtale.	Bonnes.	2 kg. 490	8 cm. (?)
Artificielle, à grande palmaire.	Forceps dans l'excavation.	Bonnes.	Mort apparente. H.M. Guérison. 3 kg. 550	9 cm. 5
Précoce.	Acc. spontané.	Bonnes.	3 kg. 450	(?)
Prématurée.	Acc. spontané; infection amniotique.	Fébriles.	2 kg. 440	(?)
(?)	Césarienne basse pour rigidité du col et B. R.	Bonnes.	2 kg. 760	9 cm.
A petite palmaire.	Césarienne basse.	Bonnes.	4 kg. 250	40 cm.
Précoce.	Césarienne basse.	Bonnes.	4 kg. 200	40 cm.
Prématurée.	Césarienne basse itérative.	Fébriles.	3 kg.	9 cm.
Prématurée.	Césarienne basse itérative; Stérilisation.	Bonnes.	3 kg.	9 cm.
Rompues depuis 6 h.	Césarienne basse.	Fébriles.	3 kg. 430	9 cm.
	Césarienne basse au début du travail; souffrance fœtale.	Bonnes.	3 kg. 820	9 cm.
Artificielle, à dilat. de 5 fr.	Césarienne basse pour souffrance fœtale.	Bonnes.	3 kg. 980	9 cm.
Spontanée, à petite palmaire.	Césarienne basse.	Phlébite.	3 kg. 930	9 cm.

CHAPITRE IV

COMMENTAIRES

Tout d'abord l'on peut s'étonner du nombre relativement faible d'épreuves du travail par rapport au nombre total de bassins rétrécis. L'explication en est simple; connaissant déjà le mauvais renom des statistiques, nous n'avons voulu rapporter que des observations dont les renseignements étaient suffisants pour qu'on ne puisse pas mettre en doute les résultats.

Nous n'avons retenu que les présentations du sommet dans les bassins limites; nous avons donc éliminé :

1° les présentations de la face, front, siège ou épaule dans les bassins rétrécis;

2° Les cas d'opérations césariennes pratiquées avant ou au début du travail, soit qu'il s'agisse d'un gros fœtus avec bassin normal ou d'une disproportion trop manifeste entre le bassin et la tête fœtale, ou encore par crainte d'une rupture de la cicatrice de césarienne antérieure;

3° Les observations pour lesquelles la tête était engagée avant ou au début du travail; soit qu'il s'agisse d'un enfant paraissant petit chez une femme à terme ou d'un accouchement prématuré à 8 mois ou 8 mois $1/2$, comme cela arrive quelquefois chez les femmes présentant un bassin rétréci;

4° Les cas d'observations insuffisantes qui manquaient de renseignements;

5° Enfin, nous avons éliminé de notre statistique les cas qui se sont terminés par une basiotripsie, il s'agissait tou-

jours de femmes en travail depuis longtemps, mal surveillées, dont le rétrécissement pelvien avait passé souvent inaperçu et qui ont été amenées pour terminer l'accouchement alors que l'enfant était déjà mort ou mourant.

Dans les épreuves du travail faites pour bassins limites et dont la totalité de l'épreuve a été surveillée en clinique, en aucun cas on n'a été obligé de faire une basiotripsie.

L'épreuve du travail, pratiquée comme nous l'avons indiquée précédemment, nous a donné 56 à 57 p. 100 d'accouchements qui se sont terminés par les voies naturelles, soit spontanément, soit à l'aide d'une application de forceps.

Ces chiffres se rapprochent de ceux donnés par la plupart des auteurs :

Odagesco, 70 p. 100;

Favreau, 60 p. 100;

Holmes, 60 à 80 p. 100;

Brouha, 50 à 70 p. 100;

Statistique clinique Tarnier, 57 à 58 p. 100.

Par contre, Balard et Mahon estiment que l'épreuve du travail n'est positive que dans 28 à 30 p. 100 des cas; c'est que Balard et Mahon ne considèrent comme valables que les épreuves du travail au cours desquelles la tête s'est engagée au moment de la période d'expulsion; il est certain que, du point de vue scientifique, il vaut mieux ne considérer une épreuve du travail comme positive que lorsque tous les facteurs qui caractérisent le travail sont entrés en jeu; mais en pratique, lorsqu'une femme vient au terme de sa grossesse consulter et que nous trouvons un bassin rétréci avec un enfant paraissant moyen, nous lui conseillons d'accoucher en maison de santé parce que nous doutons du mode de terminaison de l'accouchement; et lorsque la tête s'engage à dilatation de grande palmaire ou aussitôt après la rupture des membranes, nous pensons que l'épreuve du travail peut être considérée comme valable dans ce cas, car avant la césarienne basse la plupart de ces femmes auraient subi une

opération prophylactique ou bien on les aurait fait accoucher prématurément.

Presque toujours la terminaison de l'accouchement s'est faite spontanément ou à l'aide d'une application de forceps; ces applications de forceps ont été faites quelquefois à la partie supérieure de l'excavation, mais toujours sur des têtes ayant franchi le détroit supérieur; trois fois cependant, à la Maternité, le forceps a été appliqué au détroit supérieur; dans un cas il s'agissait d'une femme amenée à dilatation complète avec souffrance fœtale; dans les deux autres cas, il s'agissait de tentatives de forceps prudentes avant la césarienne et qui se sont montrées favorables. Deux fois on a extrait l'enfant par version; dans un cas, la version a été motivée par les bons antécédents obstétricaux de la malade; dans l'autre cas, il s'agissait d'une version faite après tentative infructueuse de forceps au D. S.

Nous trouvons deux césariennes corporéales après épreuve du travail. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme à bassin limité qui avait subi une césarienne haute antérieure à en juger par la situation de la cicatrice abdominale; à dilatation de 5 francs, l'accouchement paraissant impossible, on termina par une césarienne haute, l'aspect de l'utérus ayant montré un reliquat de cicatrice de césarienne corporéale. Dans le deuxième cas, l'accoucheur a été obligé de faire une césarienne haute; il existait une torsion axiale de l'utérus absolument irréductible.

Plusieurs épreuves du travail ont été tentées chez des malades césarisées antérieurement, et jamais on n'a observé de rupture utérine; il est bon cependant de faire remarquer que c'est surtout depuis 1929 que l'épreuve du travail est faite couramment chez les césarisées. La mortalité maternelle dans la césarienne basse s'élève de 2 à 3 p. 100, ceci correspond à la moyenne des chiffres donnés par les différents auteurs; 2 à 3 p. 100 en général; 3,8 p. 100 représente un chiffre global, car les cliniques représentent souvent le dépotoir de toute une région; notre Maître, le Professeur

Andérodias, possède une statistique personnelle de 105 cas sans aucun décès. Si la mortalité maternelle correspond aux chiffres donnés par les différents auteurs, par contre, la mortalité infantile est nettement inférieure puisqu'elle ne représente pas 2 p. 100, alors que la plupart des auteurs donnent 8 à 12 p. 100. Ceci tient à ce que l'épreuve du travail est particulièrement bien surveillée dans nos cliniques, la morphine et la spasmalgine sont largement employées dans les cas d'hypertonie. Enfin, chaque fois que l'enfant a été difficilement ranimé, que son cri est faible, on n'hésite pas à faire une ponction lombaire, qui, dans les cas d'hémorragie méningée, a certainement contribué à sauver beaucoup d'enfants.

Quelques esprits, facilement portés à la critique, pourraient prétendre qu'il s'agissait là de séries heureuses. En réalité, il s'agit des épreuves du travail faites en séries continues dans les deux services obstétricaux de Bordeaux de 1926 à 1937, sans aucunement avoir choisi les cas. De plus, nous ajouterons que les césariennes ont été faites par les chefs de service et les différents chefs de clinique qui se sont succédé de 1926 à 1927.

Le grand mérite de la césarienne basse est d'éviter toute opération prophylactique qui s'avère souvent inutile. La césarienne basse permet de pousser l'épreuve du travail à fond avec des résultats particulièrement brillants pour la mère et l'enfant. Enfin, elle permet à la parturiente, pour de nouvelles grossesses, soit d'accoucher spontanément d'enfants quelquefois plus gros que le premier, une certaine maturité de la fibre utérine semblant se produire pour des grossesses ultérieures; soit de subir une deuxième césarienne basse. L'utérus, ayant subi une césarienne basse, permettra encore l'épreuve du travail, mais dès le détroit supérieur franchi, une application de forceps prophylactique évitera les effets de poussées inutiles. Enfin, dans les utérus césarisés, on évitera la version par manœuvres internes ainsi que l'emploi d'hypophyse.

CONCLUSIONS

I. — L'avènement de la césarienne basse a transformé le pronostic et la ligne de conduite dans les angusties pelviennes, en permettant à la femme de courir la chance d'un accouchement par les voies naturelles : c'est ce qu'on appelle l'épreuve du travail.

II. — L'épreuve du travail doit être tentée dans tous les cas où il n'existe pas de disproportion manifeste entre la tête fœtale et le bassin. L'épreuve du travail évite alors un grand nombre d'interventions.

III. — L'épreuve du travail est une expectative armée, qui demande une surveillance étroite exercée par un personnel compétent.

IV. — L'épreuve du travail ne peut être pratiquée qu'en milieu hospitalier, et doit être surveillée par un accoucheur expérimenté.

V. — La durée de l'épreuve du travail est le point difficile à fixer; un travail trop long fait courir des risques à la mère et à l'enfant; trop courte, l'épreuve du travail perd sa véritable signification; le moment de l'intervention n'est pas une question d'horloge; c'est une question de bon sens clinique, de jugement et d'expérience.

VI. — L'épreuve du travail ne peut être poussée jusqu'à ses dernières limites que grâce à la possibilité de la césarienne basse; elle seule doit constituer, en cas d'échec de l'épreuve du travail, la sanction thérapeutique raisonnable.

VII. — Le forceps au détroit supérieur et la version ne sont plus de mise dans les bassins limites.

VIII. — La césarienne basse permet de faire sans danger l'épreuve du travail chez des femmes antérieurement césarisées.

IX. — La faible mortalité maternelle et surtout fœtale doit faire préférer l'épreuve du travail à toute autre méthode thérapeutique employée dans les bassins limites.

X. — L'épreuve du travail à Bordeaux, dans les bassins rétrécis limites, a donné 56 à 57 p. 100 d'accouchements par voie basse.

La mortalité maternelle est de 3,8 p. 100 environ. La mortalité fœtale est de 2 p. 100 environ. Ces bons résultats n'ont pu être acquis que grâce à la césarienne basse, qui, on peut le dire, a complètement transformé le pronostic de l'accouchement dans les rétrécissements pelviens.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puisse-je avoir un sort contraire.

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen,*

Le Président,

PIERRE MAURIAC.

J. ANDÉRODIAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 6 janvier 1939.

Le Recteur de l'Académie,

G. BOUSSAGOL.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTINI. — Les ruptures d'utérus ayant subi la césarienne. Thèse Paris, 1932.
- ANDÉRODIAS. — Conduite à tenir dans les bassins rétrécis. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1932, p. 807.
- Epreuves du travail répétées dans un bassin limite : la première terminée par une césarienne basse, la deuxième par un engagement spontané. *Bull. de la Soc. de gynécol. et l'obst.*, 1930, p. 66.
- L'épreuve du travail dans les dystocies pelviennes. *La Puériculture*, janv. 1937.
- Utilité de l'aspirateur électrique au cours de la césarienne basse. *Bull. de la Soc. de gynécol. et d'obst.*, 1928.
- ANDÉRODIAS, BALARD, MAHON. — Les signes de vitalité chez l'enfant et la limite de l'épreuve du travail. *Bull. de la Soc. de gynécol. et d'obst.*, 1928.
- ANDÉRODIAS, BALARD. — L'avenir obstétrical des femmes opérées de césarienne basse. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1931.
- ANDÉRODIAS, MAREILLÉ. — L'engagement de la tête fœtale chez les primipares. *Rev. franç. de gynécol. et d'obst.*, 1930.
- ANDÉRODIAS, G. PÉRY, BRINDEAU, LANTUÉJOL. — Les indications de la césarienne basse dans les présentations du siège. *Gynécologie et Obstétrique*, 1933.
- ANDÉRODIAS, G. PÉRY. — Accouchements spontanés chez malades ayant subi une césarienne basse. *Bull. de la Soc. de gynécol. et d'obst.*, nov. 1935.
- ATTAIX. — L'épreuve du travail dans les bassins limites à l'Hôpital Lariboisière. Thèse Paris, 1930.
- BALARD, MAHON. — La place de la césarienne basse dans la thérapeutique obstétricale. *Marseille médical*, 1928.

- l'accouchement prématuré provoqué est-il encore de mise dans la thérapeutique des viciations pelviennes. *Rev. franç. de gynécol. et d'obst.*, 1935, p. 121.
- BRINDEAU. — Le pronostic de la césarienne basse. *Bruxelles médical*, 1932.
- De l'expectative en obstétrique. Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier, 5^e année.
- L'opération césarienne basse. Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier, 1927.
- Le pronostic de la césarienne basse. Suites éloignées. *Bruxelles médical*, 1929-1930, p. 1116.
- Pratique de l'art des accouchements.
- BROUHA. — L'épreuve du travail dans les bassins limites. *Rev. franç. de gynécol. et d'obst.*, 1930.
- L'épreuve du travail dans le traitement des bassins limites. *Bull. de l'Acad. royale de méd. de Belgique*, 1929.
- L'épreuve du travail dans le traitement des bassins limites. Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier.
- A propos de 100 cas d'épreuve du travail. *Bull. de la Soc. de gynécol. et d'obst.*, 1930, p. 739.
- Les indications de l'interruption de la grossesse. Rapport au V^e Congrès de l'Assoc. des gynécol. et obst. de langue franç., Lyon, sept.-oct. 1937.
- Du rôle de la césarienne basse dans le traitement des bassins limites. *Bull. de l'Acad. royale de méd.*, févr. 1928.
- BURGER. — Les hémorragies de la section césarienne basse. *Bull. de la Soc. de gyn. et d'obst.*, 1929, p. 268.
- CATHALA. — Différents procédés d'agrandissement du bassin. Leçons du jeudi soir, 1927.
- COMMANDEUR. — Viciations pelviennes. *La Pratique de l'art des accouchements*, 3^e éd., 1934, t. II, p. 249.
- COUVELAIRE. — Incidents. Complications et suites de la césarienne. *Pratique médico-chirurgicale*.
- DESNOYERS. — Conduite à tenir dans les bassins rétrécis. *La Puériculture*, 1932.
- DORMAY. — L'épreuve du travail dans les bassins limites. Thèse Paris, 1934.

- GINGLINGER et SINACHA, TASSOVATZ. — Vingt-quatre ans de césarienne basse conservatrice. *Gynécologie et Obstétrique*, 1934, p. 15.
- JAULAIN. — Contribution à l'étude des ruptures de cicatrices après césariennes. Thèse Bordeaux, 1937.
- JEANNIN. — L'opération césarienne supra-symphysaire. *L'Obstétrique*, août 1909.
- L'opération césarienne tardive. Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier, 1927.
- KELLER. — Les indications de la césarienne basse. Leçons du jeudi soir, 1931.
- L'épreuve du travail. *Bulletin de la Soc. de gynécol. et d'obst.*, 1931.
- Remarques sur l'épreuve du travail. *Bull. de la Soc. de gynécol. et d'obst.*, 1931, p. 383.
- KREIS. — Indications et importance de la rupture artificielle précoce des membranes sans égard pour la dilatation de l'orifice dans les cas de tête mobile. *Bull. de la Soc. de gynécol. et d'obst.*, 1928, p. 191.
- Au sujet de la technique et de la définition de l'épreuve du travail en cas de dystocie osseuse relative. *Bull. de la Soc. de gynécol. et d'obst.*, 1934, p. 382.
- Technique de l'accouchement médical. *Bull. de la Soc. de gynécol. et d'obst.*, 1931, p. 323.
- Influence de la rupture artificielle des membranes sur l'évolution de l'accouchement à tous les degrés de dilatation de l'orifice externe. *Gynécologie et Obstétrique*, 1929, p. 78.
- Accouchement médical et épreuve de dystocie. *Rev. franç. de gynécol. et d'obst.*, nov. 1933.
- LA HAYE. — Influence de la rupture artificielle de la poche des eaux au cours de l'accouchement. *Bruxelles médical*, 1930.
- LANTUÉJOUL. — Doit-on appliquer le forceps au D. S. ? Leçon du jeudi soir, 1927.
- LE LORIER. — L'épreuve du travail. *La Puériculture*, oct. 1938.
- L'opération césarienne conservatrice après rupture des membranes. *L'Obstétrique*, 1911.

- LYONNET. — Des moyens d'évaluer en fin de grossesse le poids du fœtus et les dimensions de sa tête. Thèse Lyon, 1931.
- MAYGRIER, SCHWAAB. — Précis d'obstétrique.
- METZGER. — L'accoucheur moderne.
- ODAGESCO. — Les résultats de l'expectative dans les bassins limites et l'épreuve du travail. *Rev. franç. de gynécol. et d'obst.*, sept. 1926.
- PESTALOZZA. — L'accouchement dans les bassins rétrécis. *L'Obstétrique*, 1900.
- RAVINA. — L'accouchement prématuré provoqué. *Revue médicale française*, oct. 1932.
- RHENTER. — Sur le traitement des dystocies pelviennes, en particulier sur les accouchements prématurés, provoqués à la clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Lyon de 1904 à 1920. *Gynécologie et Obstétrique*, 1921, p. 44.
- La pelvimétrie dans l'obstétrique moderne. Leçons du jeudi soir, 1937.
- RHENTER, BUCHER, CHASTEL. — Réflexions sur l'épreuve du travail après dix ans de pratique à la Maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse, *Gynécologie et Obstétrique*, 1936.
- RIBON. — Contribution à l'étude des anomalies de la dilatation au cours de l'accouchement. Thèse Bordeaux, 1935.
- ROOMANS. — La place actuelle de la césarienne basse dans la thérapeutique obstétricale. *Bruxelles médical*, avril 1932.
- RIVIÈRE, BOURSIER. — Quelle durée assigner à l'épreuve du travail dans les bassins limites ? *Bull. de la Soc. de gynécol. et d'obst.*, 1921, p. 601.
- RUIZ CONTRERA. — Des abus de la césarienne basse et ma méthode transpéritonéale. *Gynécologie et Obstétrique*, 1929, p. 657.
- SNOECK. — L'épreuve du travail et la césarienne basse. *Bruxelles médical*, mai 1927.
- SOUZY. — Sur la thérapeutique des viciations pelviennes. Thèse Lyon, 1931.
- SUZOR. — Différents procédés d'agrandissement du bassin rachitique au cours du travail. *L'Hôpital*, juin 1932.

- VORON et PIGEAUD. — Pronostic de l'accouchement dans les bassins rétrécis. *Encyclopédie médicale chirurgicale*, p. 1037.
- VORON. — Les viciations pelviennes. *La pratique de l'art des accouchements*, 4^e éd., 1926, t. III.
- VORON et BANSILLON. — De l'accouchement prématuré spontané chez les femmes à bassin rétréci. Thèse Bouchet, Lyon, 1932.
- VORON et PIGEAUD. — La thérapeutique des viciations pelviennes à la Clinique obstétricale de Lyon (1931 à 1932). *Rev. franç. de gynécol. et d'obst.*, 1934, p. 481.
- La dystocie osseuse. *Encyclopédie médico-chirurgicale*, p. 5030.
- WALLICH. — *Eléments d'obstétrique*.

